

LEÇONS ORALES

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE.

IMP. ET FOND. DE F. LOCQUIN ET COMP., 16, rue N.-D. des Victoires

LEÇONS ORALES

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

FAITES A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

Par M. le Professeur ***VELPEAU,***

RECUEILLIES ET PUBLIÉES

PAR M. LE DOCTEUR **P. PAVILLON.**

GÉNÉRALITÉS DE LA CHIRURGIE CLINIQUE, OPHTHALMIES, HYDROCÈLE, LUXATIONS DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE, CATARACTE, VARICES ET VARICOCÈLE, INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES, TRAITEMENT DE LA GONORRHÉE, XÉROPHTHALMIE, ANUS CONTRE NATURE.

PARIS.

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17;

LONDRES,
H. Baillière, 219, Regent Street.

LEIPZIG,
Brockhaus et Avenarius, Michelsen.

LYON,
Savy, 49, quai des Célestins.

FLORENCE,
Ricordi et Cie, libraires.

MONTPELLIER, Castel, Sevalle.

1840

AVANT-PROPOS.

—

L'usage de publier les leçons que font les professeurs dans les diverses Facultés, est devenu trop général depuis plusieurs années, soit en France, soit à l'étranger, et les avantages qui en résultent pour l'instruction des élèves et des jeunes médecins, sont trop évidents pour que nous n'ayons pas saisi avec empressement l'occasion de recueillir et de faire

paraître celles d'un des professeurs les plus distingués de la Faculté de médecine de Paris. L'importance des faits observés à l'hôpital de la Charité, dont le principal service chirurgical est confié à M. *Velpeau*, sa manière de les présenter, de les interpréter et de les discuter, le développement d'idées tout à fait neuves, les applications nombreuses qu'il en fait au diagnostic, et au traitement des maladies dites chirurgicales, les modifications qu'il a apportées à ce traitement, suffisent sans doute pour donner beaucoup de prix à ces leçons. On connaît la vaste érudition de ce professeur; aussi aucun nom ne se trouve omis dans l'examen comparatif qu'il fait des doctrines, des méthodes et procédés des auteurs anciens, modernes ou contemporains, celui de l'homme de l'art le plus éminent, comme celui du médecin le plus obscur ou de l'élève auteur de la plus simple invention ou de la modification la plus légère, s'y trouvent également cités. Cette bonne foi scientifique, cette heureuse impartialité d'esprit, existant au plus haut point chez M. *Velpeau*, ne lui permettent pas de vanter ou de déprécier un procédé, non parce qu'il est bon ou mauvais, mais parce que son inventeur porte tel ou tel nom, et l'obligent à accueillir et pro-

clamer le bien et l'utile, de quelque part qu'il vienne. L'école chirurgicale de la Charité présente donc toutes les garanties possibles pour acquérir une instruction solide et dégagée de tout préjugé.

Auditeur assidu de M. *Velpeau* depuis quelques années, nous avons recueilli avec soin et rédigé ses leçons, et nous lui avons demandé son assentiment à leur publication; loin de nous refuser, M. *Velpeau*, qui nous honore depuis longtemps de son amitié, voulut bien nous encourager dans ce travail, et nous donner même, à ce sujet, quelques conseils obligeants dont nous avons profité.

Déjà, dans divers journaux et recueils périodiques, on a publié des fragments importants de la clinique de M. *Velpeau* : tels sont en particulier les articles de M. *Jeanselme*, dans *la Presse médicale*, les *Archives*, l'*Expérience*, la *Gazette médicale*, *la Gazette des médecins praticiens*. L'accueil mérité qui a été fait à ces travaux nous a engagé à les mettre à contribution. Nous devons même déclarer que nous avons reproduit textuellement les articles *Gonorrhée* et *Xérophthalmie*, publiés par M. *Jeanselme* dans

la *Presse medicale* (1). Pour servir d'introduction à ces leçons, nous donnons les discours sur les généralités de la chirurgie clinique, di cours prononcés par M. *Velpeau* en 1835, 1836 et 1837, à l'ouverture de chacune de ces années scholaires ; nous n'en avons retranché que ce qui pouvait paraître d'inutiles répétitions des uns et des autres. A ces trois discours, nous avons joint celui qu'il a fait en 1838, lequel est resté inédit, et dont il nous a confié le manuscrit.

Ce volume contient les leçons sur les *Ophthalmies*, les *Luxations de* l'*Épaule*, l'*Hydrocèle*, la *Cataracte*, les *Varices*, le *Varicocèle*, l'*Introduction de l'air dans les veines*, le *Traitement de la gonorrhée*, la *Xérophthalmie*, les *Anus contre nature*; nous donnerons dans les suivants, les *Fractures*, les *Maladies du sein*, les *Arthopathies*, les *Abcès*, les *Tumeurs hématiques*, *lymphatiques*, la *Phlébite*, l'*Infection purulente*, l'*Angio-Leucite*, les *Erysipèles*, etc.

(1) Un Manuel pratique des maladies des yeux, d'après les leçons cliniques de M. *Velpeau*, par *Gustave Jeanselme*, 1 vol. gr. in-18, va être immédiatement mis en vente. Dans cet ouvrage, d'une importance toute pratique, seront exposées avec tous leurs développements les idées de M. *Velpeau* sur l'ophthalmologie.

Paris, le 1er septembre 1398.

LEÇONS ORALES

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

FAITES A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

PAR M. LE PROFESSEUR VELPEAU.

GÉNÉRALITÉS

SUR LA CHIRURGIE CLINIQUE.

—

Vous tomberiez dans une étrange erreur, Messieurs, si vous alliez vous imaginer que la chirurgie clinique est une science à part, une branche distincte de la chirurgie proprement dite. Mais vous ne vous méprendriez pas moins si vous la confondiez avec la chirurgie purement théorique, telle qu'on peut l'enseigner hors des hôpitaux. Ici les maladies sont classées, coordonnées systématiquement, de manière à pouvoir être étudiées l'une après l'autre dans leurs détails, sans en avoir l'image sous les yeux. Là au contraire point d'arrangement préalable, rien de facticé; examinant les malades avant de disserter sur leur maladie, le professeur de clinique est obligé de prendre les faits tels qu'ils se présentent et à mesure qu'ils se présentent. C'est

un symptôme qui va l'occuper aujourd'hui, demain ce sera un moyen ou un effet thérapeutique. Un seul malade peut suffire à sa leçon dans un cas ; d'autres fois, il lui en faudra plusieurs. Les objets l'entraînent à traiter tantôt de questions générales, plus souvent de questions spéciales, tantôt d'anatomie pathologique, tantôt de l'étiologie ou de la nature des maladies, soit dans la même leçon, soit dans des leçons distinctes, sans égard pour les cadres nosologiques, et de telle sorte que les détails auxquels il se livre semblent toujours se rattacher au fait qui lui a servi de point de départ. Ainsi d'un côté comme de l'autre, on fait de la chirurgie; seulement elle ne peut vous être montrée dans les amphithéâtres que régularisée, que sous forme d'images apprêtées, de peintures dont il faut ensuite chercher les modèles ailleurs. Dans les cliniques au contraire, la chirurgie se voit à l'état de nature, dépourvue de voiles et d'ensemble, individualisée et morcelée autant que possible, telle en un mot que chacun de vous la rencontrera dans sa propre pratique. Dans les amphithéâtres, le tableau est fait d'avance et souvent embelli par le peintre, dans les cliniques on ne fait le tableau qu'en présence de l'objet et séance tenante.

Ceux qui reprochent à l'enseignement clinique d'être nécessairement superficiel, de n'approfondir aucune question, de revenir cent fois sur le même sujet et d'en laisser une foule d'autres dans l'oubli, s'en font une fausse idée. Le but des cliniques, en effet, n'est point et ne peut pas être de tenir lieu de tout. C'est aux leçons dogmatiques, aux cours théoriques, qu'il faut aller prendre vos connaissances classiques. Au lieu de les récuser, de les rendre inutiles, les études cliniques font un appel de tous les instants aux études élémentaires; loin de se repousser, ces deux genres d'études se fortifient mutuellement, car la clinique n'est au fond qu'un contrôle des notions spéculatives au lit des malades, qu'une métamorphose continuelle

des principes théoriques en application pratique. Rien ne l'empêche au surplus de creuser certains sujets. C'est même à elle qu'il appartient de résoudre toutes les questions importantes de la pathologie. Si elle néglige une foule d'objets, c'est qu'ils ne font pas nécessairement partie de son domaine, ou qu'elle manque de matériaux pour les traiter mieux ou autrement qu'on ne le fait dans les cours de pathologie : ou plutôt, c'est qu'elle changerait de rôle et se transformerait elle-même en pathologie, si elle prenait pour texte des sujets dont elle ne possède pas les modèles.

Quant à se répéter souvent, le professeur de clinique y est effectivement obligé; mais c'est là précisément un des grands avantages de son enseignement. Sans cesse appuyé sur de nouvelles preuves, il peut revenir sans cesse sur la valeur de tel ou tel précepte. Aucun procès chirurgical ne peut être jugé autrement. Ailleurs, on se borne à établir des règles; c'est à la clinique qu'appartient la démonstration de ces règles; or, on ne donne la démonstration d'une vérité, de manière à faire entrer la conviction dans tous les esprits, que par la répétition des faits qui viennent à l'appui.

Au demeurant, la clinique est un mode d'enseignement qui ne dispense d'aucun autre, et dont aucun autre non plus ne peut véritablement tenir lieu. Chacun est d'ailleurs libre de l'entendre à sa manière, et d'y appliquer sa méthode et sa philosophie de prédilection.

C'est de la pathologie au lit des malades : on n'en peut donner d'autre définition. Mais il faut vous attendre, Messieurs, à trouver dans les cliniques les mêmes dissidences sur la manière de philosopher en matière scientifique, que dans les autres cours relatifs aux connaissances médicales. Les professeurs sont là comme partout, humoristes, solidistes, vitalistes, éclectiques, empiriques avec leur système, avec leur méthode favorite, les uns jugeant

à priori, les autres *à posteriori*, tous faisant parler, chacun à sa manière, ce qu'on est convenu d'appeler les *faits*. Les faits! Arrêtons-nous un instant sur ces mots : jamais on ne les a tant employés que de nos jours. Les faits, dit-on, sont la base de tout. Sans eux il n'y a point de science possible. Oui et non, Messieurs, on peut dire des faits ce qu'*Esope* disait des langues qu'il servait à la table de *Xanthus*. C'est à la fois la meilleure et la pire de toutes les choses! Un fait est comme un chiffre, il porte avec lui sa signification propre : inerte de sa nature, il semble qu'une fois constaté, rien ne puisse en altérer la valeur. Tous nos raisonnements reposent sur des faits. C'est en les invoquant, qu'on éclaire la nature, les causes, la marche, les dangers, la thérapeutique des maladies; personne ne fait un pas dans l'art de guérir sans les appeler à son secours. Il n'est pas un médecin qui même à son insu n'en fasse la loi de ses actions. L'esprit ne peut travailler que sur eux. Base naturelle de toutes nos déterminations, ils sont indispensables à la solution de tous les problèmes. Mais aussi, Messieurs, les faits sont la source de toutes nos erreurs. *Rien n'est menteur comme un fait.* Qui ne les a entendus mille fois dire le contraire de ce qui est? C'est, passez-moi l'expression, ce qu'il y a de plus hypocrite au monde. Chaque jour, ils se parent à nos yeux des apparences les plus perfides; ils courtisent en quelque sorte tous ceux qui les approchent, et se hâtent de prendre le langage qui plaît à chacun. Depuis *Hippocrate* jusqu'à nous, ils semblent s'être attachés à tromper tous les hommes. *Pinel* s'en servait pour prouver que toutes les maladies débutent par les solides. Ils m'ont démontré à moi que beaucoup d'affections commencent par les liquides. Dans tel hôpital, ils ont laissé croire que les débilitants préviennent, guérissent même certains cancers de l'utérus, tandis qu'ils me faisaient signe d'un autre côté que ce n'est pas vrai. Ce qu'ils ont permis d'avancer d'un part, de la guérison des tumeurs blanches, des avan-

tages de l'amputation du col de la matrice, ils l'ont contredit d'un autre. Écoutez-les parler de l'érysipèle : d'après eux, le meilleur traitement de cette maladie est pour l'un les onctions mercurielles, pour l'autre les émissions sanguines, pour un troisième le nitrate d'argent, pour un quatrième les vésicatoires; puis si je les interroge à mon tour, ils me répondent que ceux qui vantent ces médications, s'en sont laissé imposer, et que l'expectation n'est guère moins efficace! Ils ont fait croire au public par l'intermédiaire de quelques chirurgiens que la lithotritie était presque sans danger. Ayant ôté leur masque en secret, ils m'ont avoué que *c'était faux* : et qu'au total, la lithotritie n'est guère moins redoutable que la taille. Les faits ont appris aux médecins anglais que les purgatifs sont de puissants antiphlogistiques, tandis qu'en France ils donnaient ce genre de médicament comme une des causes les plus fréquentes de l'inflammation. Pendant qu'ils nient la spécificité de la syphilis dans un certain cercle de médecins, ils font tout pour me démontrer péremptoirement cette spécificité. Après avoir convaincu un grand nombre de médecins et de chirurgiens que les émissions sanguines sont pour ainsi dire le seul traitement efficace des inflammations, ils sont venus comme à plaisir me prouver que les meilleurs remèdes de certaines phlegmasies, même des plus aiguës se trouvent dans la classe des caustiques, des styptiques et des irritants en général.

Jugez, Messieurs, par le peu que je viens de vous rappeler, de ce que l'on serait en droit de reprocher aux faits. On vous donnerait une assez juste idée de leur valeur en disant que les faits sont en médecine ce qu'est l'argent dans le commerce des sociétés civilisées. Par eux-mêmes ils sont tout et ne sont rien. Ce sont des matériaux, des instruments que chacun taille et met en œuvre selon ses vues. Comme ils se prêtent à tout, on peut leur rapporter tout le bien et tout le mal que renferme la science,

quoique en définitive la faute doive en retomber sur l'homme qui les emploie.

Rien n'est plus complexe que cette question des faits. Après les avoir constatés, il faut les interpréter. Ces deux points offrent des difficultés sans nombre. Vous hausserez les épaules peut-être, en m'entendant dire qu'une foule d'hommes, même parmi ceux qui honorent le plus la société, ne sont point aptes à constater les faits en médecine. Rien n'est plus vrai cependant. En voici un exemple, on vous dira la saignée, les sangsues, guérissent les angines : *c'est un fait.* Eh bien ! non, ce n'est point un fait, quoiqu'on le répète depuis des siècles. Avec les émissions sanguines, une angine franchement inflammatoire dure de six à douze jours. Abandonnée à elle-même, elle ne dure guère davantage. C'est par d'autres moyens qu'on l'arrête dans sa marche. Ce que je dis de l'angine s'applique à presque tous les faits de la pathologie : un malade ne peut uriner : on veut le sonder; mais l'instrument est bientôt arrêté. Le chirurgien en conclut que l'urètre est rétréci; voilà *un fait.* Cependant ce fait peut être nié. L'obstacle que l'on rencontre peut être tout à fait indépendant d'un rétrécissement de l'urètre. Une luxation, une fracture, une nécrose, sont des faits bien matériels, bien palpables. Or, Messieurs, pensez-vous qu'il soit toujours facile d'en constater l'existence, que rien ne puisse en imposer pour de tels faits?

Si vous cherchez sur le cadavre les traces de la maladie diagnostiquée par vous pendant la vie, éprouverez-vous moins de difficultés? Au dire de l'un, vous avez là dans une veine, dans une artère, dans le tube digestif, les effets d'une vive inflammation : c'est *un fait.* Un autre vous prouvera que non, que ce n'est point *un fait.* Il en sera de même d'un tubercule, d'une érosion de cartilage, etc. C'est qu'en médecine et en chirurgie, chaque fait se compose de plusieurs éléments, et que la plupart de ces éléments sont fugaces et complexes à leur tour, comme le fait lui-même

dans son ensemble, c'est que si la moindre parcelle de ce fait vous échappe, ce n'est plus lui, c'en est un autre qui vous trompe en vous disant toute autre chose que ce qu'il renferme. Avant de pouvoir dire : *c'est un fait*, il faut donc y avoir regardé de très près et se trouver dans des conditions d'esprit qu'on ne rencontre pas chez tous les médecins et à tout âge.

Quand il s'agit d'interpréter les faits, que de difficultés nouvelles ? Voilà une douleur : elle accuse une inflammation aux yeux de l'un, une névralgie aux yeux de l'autre, un obstacle au cours de certaines matières, selon un troisième. Le langage de la chaleur, de la rougeur, de la tuméfaction, est-il plus clair ? Non, Messieurs, pas davantage. Après la mort, on trouve la membrane muqueuse des intestins gorgée de liquides et d'un rouge livide ; le *fait* est là, *incontestable* ; mais d'où vient-il ? de l'inflammation, de l'hypostase, de l'imbibition ? Chez un malade qui est tombé sur l'épaule, vous constatez une crépitation, le fait ne peut être révoqué en doute. Mais tient-il à une fracture, à quelques inégalités des cartilages, à une difformité de l'articulation, au frottement de quelques tendons? En thérapeutique, qui peut se flatter d'interpréter justement les faits ? On les interroge, on les écoute, on les fait parler depuis trois mille ans. On en a tant recueilli que la science et ses avenues en sont pour ainsi dire encombrées. Cependant où sont les points de pratique mis hors de contestation par leur témoignage? Est-il une question relative à la trépanation, à la meilleure manière de traiter les cataractes, les fistules lacrymales, les maladies de l'oreille, à l'utilité de la trachéotomie, de l'opération de l'empyème, de la paracentèse, aux règles à suivre dans le traitement des fractures, dans la réduction des luxations, dans la pratique des amputations, etc., etc., qu'ils aient décidée sans retour ? Voyez dans quelle désolante anarchie leur interprétation a conduit les chirurgiens eu égard aux maladies des yeux, à l'érysipèle

phlegmoneux, à l'emploi du taxis et de l'opération dans les hernies étranglées. Oui, Messieurs, il faut que vous le sachiez, l'interprétation des faits a été de tout temps, et sera toujours l'écueil de la thérapeutique.

Pendant que vous usez de tel remède, la maladie marche et tend à produire mille phénomènes imprévus; une foule d'actions inconnues s'opèrent en même temps dans l'organisme; les agents extérieurs réagissent sans cesse sur le tout, travaillent de leur côté à donner le change sur les résultats, sur les faits observables. Un médicament étant administré, s'il survient des changements rapides dans l'état du malade, on ne manque pas de l'en gratifier. Aussi cette vieille expression proverbiale, *post hoc, ergo propter hoc,* contre laquelle on s'est tant élevé, est-elle toujours le point de départ de nos décisions. Elle se présente à notre entendement sous la forme d'une loi que nous repoussons, dont nous nous défendons sans cesse; mais qu'à dessein, ou sans nous en douter et malgré nous, nous suivons toujours. C'est qu'en réalité il n'y a pas moyen de raisonner autrement, l'effet étant nécessairement précédé de sa cause. L'erreur tient à ce que, le plus souvent, on ne rapporte pas l'effet à sa cause véritable. Vous avez à suivre un phlegmon diffus, un rhumatisme, une orchite; vous traitez ces affections par de nombreuses applications de sangsues et les malades guérissent en 15, 30, ou 40 jours. Oui sans doute, mais comment acquérir la certitude que par le simple repos et le régime, ces mêmes malades ne fussent pas guéris aussi promptement? Si la marche et la durée de chaque maladie étaient fixes et déterminées comme la révolution d'une planète, rien ne serait si facile que d'arriver à des conclusions rigoureuses sous ce rapport; mais comme il n'y a rien d'aussi variable que la succession des périodes morbides; comme les maladies qui se présentent d'abord sous les apparences les plus bénignes, peuvent ensuite revêtir les formes les plus graves, tandis que celles qui pa-

raissent les plus effrayantes au début, se terminent quelquefois le plus heureusement, il est presque impossible que le praticien ne soit pas le jouet de mille illusions diverses, et qu'il ne tombe pas dans de continuelles méprises. Une femme est saisie le soir de sa couche de tous les symptômes d'une péritonite intense. Je prescris une saignée et quarante sangsues. Le lendemain je la trouve hors de danger. L'interprétation du fait était aussi simple que facile, c'était le résultat des émissions sanguines. Oui, mais nous apprîmes qu'il n'y avait eu ni sangsues ni saignée! Nulle part ce genre de confusion n'est plus fréquent que dans la thérapeutique des ophthalmies. En voulez-vous un exemple entre mille? Un homme employé à triturer de la céruse, entre à l'hôpital au dixième jour d'une conjonctivite modérément aiguë. Pendant trois jours, je le tiens à l'usage des boissons émollientes, espérant que le repos et le changement d'habitude suffiront à la guérison de son ophthalmie. Son état étant absolument le même, j'ordonnai le quatrième jour de lui instiller une solution de nitrate d'argent dans les yeux. Le lendemain nous constatâmes un mieux notable. Je me crus en droit d'en faire honneur au nitrate d'argent. Et bien! L'élève chargé de la prescription ne l'avait point exécutée! Le malade ne s'en trouva pas moins guéri trois jours plus tard.

Si toute la bonne foi, toute la sincérité possible, si le désir le plus vif de voir la vérité, si un esprit calme et réfléchi, ne mettent point à l'abri de la fausse interprétation des faits, que pouvez-vous espérer des hommes qui jugent tout avant d'avoir vu, qui ne regardent les faits qu'à travers le prisme de leurs préventions ou de leurs systèmes, qui ont la tête trop ardente ou les idées trop subtiles pour accorder qu'il puisse leur échapper quelque chose, pour convenir que le coin de la figure qu'ils ont aperçue n'en soit pas le tableau tout entier!

Les physiciens, les chimistes, les géologues, tournent, re-

tournent, morcèlent, décomposent, recomposent, multiplient, reproduisent à volonté les faits dont ils s'occupent, jusqu'à ce que l'interprétation en soit claire et invariable. Le médecin est forcé, lui, de les attendre ces faits, de les saisir en passant, de se contenter du côté qu'ils lui offrent. Il ne peut en général ni les décomposer, ni les reproduire pour les apprécier; il faut qu'il les atteigne à travers tant d'objets divers, que le plus habile finit par s'y perdre. Je n'exagère point en disant que le champ qui les renferme est le dédale le plus obscur, le labyrinthe le plus inextricable qu'on puisse imaginer.

Le but de ces détails, Messieurs, est de vous faire pressentir que les *faits* vous induiront souvent en erreur; qu'il faut les accepter avec réserve; qu'il est facile à celui qui enseigne, s'il veut vous tromper, ou s'est d'abord trompé lui-même, de vous les faire admettre comme il l'entend; qu'en les regardant vous-mêmes, vous devez vous en défier, et rester persuadés que quelques unes de leurs faces peuvent très bien vous échapper : je voudrais enfin vous faire comprendre par là, que ceux qui vous disent que les *faits* sont tout, qui en parlent sans cesse, ne se rendent pas compte de ce qu'ils disent, et peuvent vous entraîner dans de fausses voies, dans le chemin de l'égarement et des déceptions.

En résumé les *faits* ne sont pas la science; on s'en sert pour la former et voilà tout. Après les avoir constatés et interprétés, il faut encore les peser, les compter, les comparer et en tirer des inductions que la raison puisse juger.

Morgagni a commis une grave erreur en avançant *que les observations devaient être pesées et non pas comptées.* Il est probable que ceux qui répètent chaque jour cette sentence ne la comprennent pas. Quels qu'ils soient, les faits doivent être soigneusement comptés, cela ne peut pas être contesté. Toutes choses égales d'ailleurs, cent observations valent mieux que deux; un seul fait peut être plus con-

cluant que cent autres, je le sais, de même qu'une pièce d'or a plus de valeur que cent pièces de cuivre; mais la question n'est pas là. Il s'agit de savoir si cent faits semblables, cent faits de poids égal ne valent pas mieux que deux, que dix d'entre eux. Mais de ce qu'on additionne les faits, il ne s'en suit pas qu'on ne doive pas les peser. Ce n'est même qu'après les avoir bien constatés, bien interprétés, et bien pesé chacun d'eux en particulier, qu'il est utile de les compter. Quand on vous présente de la monnaie, vous vous assurez d'abord que c'est bien une monnaie quelconque; vous vous demandez ensuite si c'est du cuivre, de l'argent ou de l'or, puis vous cherchez à connaître quel est le poids, le prix de cet or; après quoi vous comptez vos pièces, il doit en être absolument de même des faits; étant constatés, interprétés, pesés, comptés avec la précaution d'en écarter tout alliage étranger, on les regarde de nouveau pour voir ce qu'ils peuvent fournir à la science, ce qu'on est en droit d'en attendre, et de quelle manière il convient de les employer, d'en tirer des inductions. Songez un moment, Messieurs, à toutes les actions de l'esprit que réclame ce travail préparatoire, et vous sentirez j'espère que parmi les faits dont on parle journellement en médecine, il doit y en avoir beaucoup d'inutiles; que malgré nos richesses, il n'est pas étonnant, que nous soyons encore si pauvres sous ce point de vue, ni que la science offre encore tant de lacunes, en l'absence de faits bien constatés, bien interprétés, bien pesés, bien comptés; c'est à tel point, que nos successeurs useront encore probablement leur vie à vérifier, à constater de nouveau, par d'autres faits, les faits que nous recueillons actuellement, comme nous faisons nous-mêmes aujourd'hui pour ceux qui nous ont été légués par les générations passées!

Une fois pénétrés de ces idées, Messieurs, vous pouvez les appliquer à toutes les branches de la médecine. La chirurgie ne les exige pas moins que la pathologie interne.

Je tiens à vous démontrer maintenant que la meilleure méthode à suivre en chirurgie doit être aussi la meilleure en médecine, ou pour rendre toute ma pensée, que la chirurgie ne peut être séparée de la médecine, nulle part, pas même dans les salles, dans les amphithéâtres de clinique chirurgicale, et qu'elles doivent être gouvernées toutes les deux par la même philosophie.

Aujourd'hui la chirurgie est loin de son étymologie, elle n'est plus comme autrefois l'humble servante de la médecine. Personne ne songe de nos jours à la retenir dans le cercle étroit des arts mécaniques. Son domaine s'est tellement étendu qu'on ne sait plus la définir; il est vrai que le manuel des opérations en fait toujours le caractère le plus apparent; mais c'est elle, et non plus la médecine à présent qui décide de l'opportunité, de la nécessité de ces opérations. Le mot pathologie externe ne la spécifie pas mieux; car elle s'empare du traitement de certains épanchements, de certaines collections établies dans le crâne, dans la poitrine, dans l'abdomen, quoique ce soient des maladies internes; tandis qu'elle abandonne celui de la scarlatine, de la rougeole, de l'urticaire, du pemphigus qui sont bien des maladies externes. C'est qu'en effet la division de l'art de guérir en *médecine* et en *chirurgie*, n'existe pas dans la nature. On peut bien convenir que tel médecin ne s'occupera d'une manière spéciale dans la pratique, que de telles classes de maladies, que les uns s'en tiendront aux maladies qui ne demandent presque jamais l'emploi des moyens mécaniques ou des médications topiques, tandis que d'autres feront le contraire; mais en réalité, tout cela est arbitraire, et vous ne trouverez pas une lésion dite chirurgicale, qui ne rentre en même temps par quelque point dans le champ de la médecine proprement dite, de même qu'il n'est pas un des sujets de celle-ci qui n'ait parfois besoin de secours de celle-là.

La médecine est une, Messieurs, accoutumez-vous à

cette pensée. Seulement elle devient médecine *hygiénique*, médecine *pharmaceutique*, médecine *chirurgicale*, selon la circonstance. La chirurgie est un des moyens, une des ressources les plus puissantes de la médecine, quand elle est bien indiquée; mais elle n'en repose pas moins en entier sur la médecine, de manière à ne pouvoir jamais impunément la perdre de vue; apprenez donc la médecine si vous voulez cultiver la chirurgie avec fruit; car pour être bon chirurgien, il faut être également bon médecin.

Lorsqu'on s'en tenait au sens propre du mot, la profession du chirurgien consistait à faire manœuvrer le plus élégamment et le plus rapidement possible ses instruments, à pratiquer de grandes opérations en peu de secondes, à éblouir les yeux du spectateur par la prestesse de ses mouvements, la régularité de ses incisions, la beauté de ses appareils. Le *celeriter* et l'*eleganter* étaient la loi de chacun, la mesure incontestable du mérite, de l'habileté du chirurgien. C'est encore ainsi que jugent les gens étrangers à la médecine; c'est encore ainsi que pensent et qu'agissent un grand nombre de chirurgiens. Vous les voyez compter les secondes pour pratiquer une opération de la pierre, pour désarticuler une cuisse, une épaule, et solliciter de l'œil les battements de main du public, quands ils ont extrait un calcul, ou enlevé un membre en aussi peu de temps qu'il en faut à table pour détacher une aile de volaille. Rien n'est plus malheureux que ces prétentions, Messieurs; il faut les abandonner aux bateleurs. La chirurgie ne peut consister en tours de passe-passe. *Sat cito si sat benè.* La vitesse et l'élégance extrême s'unissent rarement avec la prudence et la sûreté. Vous avez gagné une minute, mais votre incision est trop longue ou trop courte, trop droite ou trop oblique, vous avez conservé plus de peau et moins de chair que vous n'en désiriez; la plaie enfin n'a pas toutes les qualités qu'il eût été possible de lui donner. N'allez pas croire toutefois que j'aie l'intention d'ériger la

maladresse en loi et les tâtonnements en principe dans le manuel des opérations. Je veux seulement dire qu'agir *rapidement et agréablement* est plus souvent dangereux qu'utile en chirurgie, et qu'une sage lenteur est en général plus profitable aux malades. Un bandage *très promptement* fait peut plaire à l'œil, mais il n'est presque jamais *bien fait.* Examinez-le, et vous verrez qu'il manque de solidité, qu'il comprime trop dans un point, pas assez dans l'autre, et que beaucoup de malades ne tardent pas à s'en plaindre. La même chose a lieu pour les opérations sanglantes. *Trés vite et parfaitement bien* est à peu près impossible en chirurgie comme en tout. Au surplus, si l'homme qui est obligé de subir l'action du bistouri, tient à ce qu'on ne prolonge pas inutilement ses douleurs, il tient encore davantage à ce qu'on l'opère sûrement et de manière à lui offrir toutes les chances possibles de succès. Ainsi, dans le manuel des opérations, l'art doit s'incliner devant la science : encore n'est-ce là que le point le moins important de la pathologie chirurgicale. Avant d'opérer un malade, que de choses à considérer ! Une première remarque à faire, c'est que toute division des tissus est déjà par elle-même une maladie, et que *la plus légère écorchure est une porte ouverte à la mort.* Oui, messieurs, *une porte ouverte à la mort.* En effet, c'est sur l'homme tout entier que l'on opère, en incisant le plus faible de ses organes. La piqûre d'une veine peut amener une phlébite et empoisonner le malade. Une morsure de sangsue peut déterminer un érysipèle et causer la mort; l'incision d'un doigt enflamme souvent les vaisseaux lymphatiques de tout le membre, les toiles synoviales de la main, tout le tissu intermusculaire de l'avant-bras, de manière à conduire le malade au tombeau. La pointe d'une épingle enfoncée à la profondeur d'une demi-ligne dans quelque point du corps que ce soit, suffit pour produire les mêmes désordres. On n'opère nulle part sans intéresser le système tégumentaire,

le système nerveux, le système vasculaire. Or, dès que les fonctions de ces grands rouages de l'organisme sont troublées, qui peut dire où s'arrêtera le mal, qui peut répondre de pouvoir toujours rétablir l'ordre dans l'économie? Il ne faut donc jamais opérer que par suite d'indications bien précises, et qu'après avoir acquis la certitude que la maladie qu'on va créer expose à moins de dangers que celle qu'on veut détruire. Un autre point à ne pas oublier, c'est que cette lésion que vous voulez enlever n'est pas non plus un être indépendant de l'individu que vous tenez à conserver. Le trouble qui l'a produite a pu causer d'autres désordres ailleurs; elle a dû réagir elle-même à son tour sur l'ensemble. Elle peut n'être que la branche apparente d'un arbre qui en porte ou qui en cache un grand nombre d'autres. C'est en vain que vous la trancheriez alors; car pour réussir en chirurgie, il faut pouvoir emporter tout le mal.

Vous le voyez, Messieurs, avant de mettre le bistouri à la main, vous devez calculer toutes les influences fâcheuses qu'une opération quelconque peut exercer sur l'homme en santé, il faut mesurer en outre toute la portée du mal que vous avez à combattre, il faut aussi que tous les organes, tous les appareils, tous les systèmes aient été scrupuleusement interrogés, examinés; il faut encore être convaincu que, abandonnée à elle-même ou traitée d'une autre manière, la maladie compromettrait davantage le bien-être du sujet.

Enfin l'opération étant faite, vous n'avez pas fini. On ne dit plus comme du temps de *Paré* ou de *frère Jacques* : *Je t'ai opéré, Dieu te guérisse.* Ces suites redoutables, dont je parlais tout à l'heure, il faut s'attacher à les prévenir. Quand elles surviennent, il faut les apercevoir de loin, afin de les attaquer à temps. Il faut savoir les combattre par tous les moyens convenables, et se trouver en mesure de les poursuivre jusque dans leurs derniers retranchements. Alors, Messieurs, il ne s'agit plus d'être chirur-

gien, c'est aux connaissances médicales, aux moyens médicaux qu'il faut avoir recours. Ces exigences, que je suis loin d'exagérer, que je ne puis qu'effleurer en passant, vous indiquent assez qu'en chirurgie l'art de manier le bistouri n'est ni le point capital, ni le point le plus difficile à apprendre, que le talent du diagnostic, des indications, que le savoir médical en un mot, doivent passer avant. Ce n'est pas une raison pour le dédaigner cependant. Toutes choses égales d'ailleurs, plus on y excelle, plus on obtient de succès. C'est une partie de la science qu'il faut cultiver avec le plus grand soin, qu'il serait dangereux de négliger : seulement il ne faut pas que ce soit aux dépens des autres.

Après m'être efforcé de ramener la chirurgie dans le cercle de la pathologie, je me hâte d'ajouter que la médecine aurait tort à son tour de vouloir atténuer l'importance de la chirurgie; pris dans ses limites naturelles et bien entendues, l'art chirurgical n'en sera pas moins toujours la véritable médecine efficace, celle qu'il serait à désirer qu'on pût appliquer à toutes les maladies.

La chirurgie a eu ses époques de timidité et d'audace; on l'a vue ne s'approcher des malades que le fer ou le feu à la main, comme, dans d'autres temps, elle n'osait en quelque sorte se servir ni de l'un ni de l'autre. Aujourd'hui encore, vous voyez des hommes soutenir que le véritable but de la pathologie est de réduire de plus en plus le nombre des opérations sanglantes; *Abernethy* allait même jusqu'à dire que toute opération est une tache, une honte pour la chirurgie. Il en est de ceci, comme des faits : on ne dispute sur les mots que faute de connaître les choses. Si la chirurgie consistait à mutiler toujours, ce serait un devoir sans doute d'en diminuer sans cesse les besoins; mais ce n'est pas là son rôle habituel. Le tout est de savoir, si, dans une maladie donnée, l'emploi du fer ou des moyens mécaniques guérit mieux ou plus vite, expose plus ou expose moins aux chances malheureuses que celui

des matériaux de l'hygiène, ou de la pharmacie. Ce n'est donc ni de la témérité, ni de la timidité, mais bien du savoir et de la prudence qu'il faut en chirurgie. Je me résume, Messieurs : La chirurgie clinique, c'est de la chirurgie au lit des malades, de la chirurgie pratique, qu'on peut étudier de diverses manières, comme la chirurgie classique, comme la chirurgie purement théorique. Vouloir relever l'une aux dépens de l'autre serait ridicule : elles sont sœurs, et doivent marcher ensemble. Il faut des faits en chirurgie comme en toute science; vouloir s'en passer serait absurde. Mais pour que des faits soient bons en chirurgie, ils doivent, comme en médecine, réunir des conditions si nombreuses, si difficiles à trouver, que la récolte en est rarement abondante, et qu'avant de leur accorder une place définitive dans la science, il faut les envisager de bien des manières différentes et dans tous les sens possibles. La chirurgie n'est point une science à part, mais tout en s'appuyant sans cesse sur la médecine, qu'elle surmonte en forme de fleuron, elle exige des habitudes, des études spéciales, qui offrent aussi leurs difficultés et leurs épines.

S'il est vrai que la science médico-chirurgicale soit, entre toutes les branches de l'art de guérir, celle dont la marche ascensionnelle a été la plus régulière et la moins contestée, il n'en résulte pas cependant qu'elle n'ait plus de perfectionnements à opérer. Loin de là, comme les autres sciences de faits, elle offrira toujours quelques lacunes, quelques compartiments mal remplis. Le cercle de notre intelligence est trop étroit pour qu'il soit donné à l'homme de la rendre jamais parfaite; que ceux d'entre vous qui seraient tourmentés par le besoin de la renommée, l'amour de la gloire, ou une noble ambition, se rassurent donc ! de nombreuses générations cultiveront encore la chirurgie, avant qu'elle puisse se refuser aux améliorations; son champ est assez vaste et assez fertile pour que

chacun puisse s'y placer et y travailler à l'aise s'il sait le cultiver. Autant il y aurait de l'ingratitude à en nier les progrès véritables, autant il serait puéril d'en exagérer le degré d'avancement; car l'idée qu'une science est au *summum* de sa splendeur, paralyse les esprits et la retient dans le *statu quo*. Or, une science qui se repose est bien près de rétrograder. En indiquer les vides et les défauts est donc mieux la servir que d'en maintenir les illusions. Vous montrer ce qui lui manque, ce sera vous dire ce qu'elle réclame. Abuser les hommes, ce n'est pas les instruire, et ceux-là s'abusent et vous trompent qui prétendent que tout est fait, que tout est facile dans la carrière dont vous venez de franchir les abords.

En chirurgie comme en médecine, la plupart des questions restent à résoudre définitivement. On peut même soutenir que soit sous le rapport de la nature, des causes, de la marche, soit sous le point de vue thérapeutique, il n'est pas une maladie qui ne laisse beaucoup à désirer. Prenons des exemples. L'hydrocèle est une affection que chacun de vous croit bien connue; les auteurs qui en traitent, soit dans les ouvrages didactiques, soit dans les dictionnaires, soit dans les dissertations, ne font guère que se répéter l'un l'autre depuis un demi-siècle. Cependant regardez-y de près, et vous ne tarderez pas à remarquer que les causes en sont ignorées. Est-ce au testicule, est-ce à la tunique vaginale, est-ce à l'un et à l'autre de ces organes à la fois, qu'il faut en attribuer le point de départ? Quelle en est ensuite la nature? Le diagnostic qui en paraît si facile n'empêche pas les praticiens les plus exercés de s'y méprendre encore journellement. Allez la distinguer avec exactitude de certaines hématocèles, de certains états morbides du testicule lui-même. Son traitement par les injections diverses est à peu près le seul qu'on suive en France; il inspire une telle confiance que depuis longtemps on le regarde comme le plus parfait qu'il soit possi-

ble d'imaginer. Voyez, à ce sujet, Dupuytren (1), Boyer, M. Richerand, et tous les autres auteurs modernes; cependant l'injection vineuse n'en est pas moins sujette à de nombreux inconvénients, sans compter qu'elle échoue souvent. La preuve qu'elle ne satisfait point encore exactement l'esprit, c'est qu'à l'étranger on lui préfère généralement d'autres méthodes, c'est que, même parmi nous, il est quelques praticiens qui ne l'ont point adoptée. D'une part donc, il reste à démontrer que ce soit le meilleur des traitements connus; de l'autre on doit espérer et désirer quelque chose de mieux. Ou je me trompe fort, ou la pratique de cet hôpital vous permettra de voir par vous-mêmes, et de constater la justesse des assertions que je viens d'émettre à ce sujet.

Croyez-vous qu'il en soit autrement pour la brûlure? Vous seriez dans l'erreur. L'un n'en veut que de deux espèces, tandis que l'autre en admet trois, quatre, et qu'un troisième en introduit six. Cent auteurs prétendent avoir un remède différent qui la guérit toujours; et cela n'empêche pas bon nombre de malades d'en mourir chaque année. Dites-moi, je vous prie, quelle en est la meilleure médication? Interrogez-vous, consultez vos ouvrages, écoutez les divers chirurgiens, et voyez si tout est clair au milieu de ce dédale! Quel est l'élément anatomique du furoncle? Quel en est le meilleur traitement? On ne le sait point. Faut-il inciser profondément le doigt pour faire avorter un panaris, ou bien le couvrir de sangsues, faire sur lui des irrigations d'eau froide, ou des frictions mercurielles? L'expérience vous apprendra que le panaris guérit avec tout cela; mais elle vous apprendra aussi que rien de tout

(1) *Leçons orales de Clinique chirurgicale*, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris par M. le baron Dupuytren, chirurgien en chef, recueillies et publiées par MM. les docteurs Brierre de Boismont et Marx. 2e édition, entièrement refondue, 1839, 6 vol. in-8.

cela ne l'empêche nécessairement de marcher. La suture, la réunion immédiate, le mode de pansement dans les plaies, n'excitent-ils plus de controverse parmi les chirurgiens ? Est-on mieux d'accord sur la manière de traiter les fractures en général et chaque espèce de fracture en particulier ? Nous admettions que le pus sécrété par l'intérieur d'une veine enflammée pouvait circuler avec le sang et empoisonner le malade; on annonce aujourd'hui qu'il n'en est rien, et que cela n'est pas possible. Un malade a la pierre, faut-il le tailler, faut-il le lithotritier? Une amputation de jambe est indispensable, vaut-il mieux la faire au tiers inférieur, dans le lieu d'élection ou dans le genou? Les désarticulations sont-elles plus dangereuses que les amputations dans la continuité ? Est-ce la méthode circulaire ou la méthode à lambeaux qu'on doit préférer dans l'ablation d'un membre ? On peut guérir les varices, le varicocèle, mais le faut-il ? Le remède en pareil cas n'expose-t-il pas à plus de danger que le mal ? En supposant qu'on s'y décide, quel est parmi les procédés sans nombre qui ont été vantés, celui qui doit obtenir la préférence ?

Je pourrais multiplier ainsi les questions à l'infini, Messieurs; mais c'en est assez pour le but que je me suis proposé, celui de vous montrer que la chirurgie, loin d'avoir atteint ses dernières limites, est encore singulièrement chargée d'erreurs et de points obscurs. A Dieu ne plaise cependant que je cherche à la déprécier! Si je vous en signale les imperfections, c'est afin que la voyant à nu, vous sentiez de bonne heure que les efforts de votre vie entière peuvent lui être consacrés sans crainte; qu'elle sollicite avec instance le secours de vos lumières et l'exercice de toute votre intelligence.

Elle offre tant de difficultés que tous les esprits ne sont pas aptes à la faire avancer. Ses points de vue les plus simples ont un horizon si vaste, que l'œil le plus perçant en laisse toujours échapper quelque chose. Les moindres vé-

rités qu'elle possède sont mêlées à tant d'erreurs, et le mélange de tout est tellement intime, que l'observation la plus attentive et la plus persévérante, que l'activité la plus grande, ne suffisent pas toujours pour les faire ressortir. Une des causes qui en entraveront éternellement les progrès, c'est l'irrésistible tendance des esprits à faire usage de faits mal constatés, ainsi que je vous l'ai déjà dit. L'érysipèle (1) en est un exemple frappant. Depuis *Hippocrate* jusqu'à nous, on a préconisé les moyens les plus divers contre cette maladie. Chacun de ces moyens a trouvé des partisans parmi les hommes du plus haut talent. A quoi cela tient-il ? Le voici, Messieurs : Règle générale, personne ne peut dire, au début, quelle sera exactement ni la durée, ni la gravité du mal abandonné à lui-même. Celui qui était fixe devient ambulant, celui qui était ambulant s'arrête et devient fixe. Le plus léger en apparence sera peut-être fort grave, et celui qui s'annonce d'abord d'une manière effrayante peut se terminer le plus heureusement. Admettez maintenant que le traitement, que vous voulez essayer, tombe par hasard sur un certain nombre de ces érysipèles graves en apparence, mais qui ne le sont point en réalité, ou bien sur une catégorie de cas opposés. Comment éviterez-vous l'erreur ? La première supposition ne vous donnerait-elle pas une confiance extrême dans la médication, que d'après la seconde vous seriez portés à rejeter ? La meilleure foi du monde n'empêchera pas de tomber quelquefois dans cette espèce de piège : et si vous accordez ensuite que l'homme qui observe, soit un esprit prévenu, ou un de ces esprits qui à dessein ou malgré eux transforment toutes les questions de science en questions de personnes, qui croient leur réputation engagée à ce que telle chose existe plutôt que telle autre, vous comprendrez sur le champ avec quelle ardeur

(1) *Traité de l'érysipèle et des différentes variétés qu'il peut offrir*, par Lepelletier (de la Sarthe). 1836. 1 vol. in-8.

il pourra vanter ou blâmer la thérapeutique supposée. Allez plus loin : imaginez que des hommes de mauvaise foi s'emparent de pareilles armes et les manient avec talent ou bien qu'elles tombent entre les mains de ces ignorants qu'on voit de temps en temps usurper le titre de savants, alors vous ne vous étonnerez plus, en voyant l'incertitude se perpétuer de siècle en siècle, sur la valeur des faits qu'il semblait si facile de juger.

Je viens de prendre l'érysipèle pour exemple, j'aurais pu prendre aussi bien toute autre maladie, ou un moyen thérapeutique quelconque. Pour atténuer ce genre de difficultés, la chirurgie demande le secours des méthodes les plus rigoureuses. Il serait temps d'abord, de ne plus s'en tenir à de simples assertions, quand il s'agit de propositions dont la justesse n'est pas évidente pour tout le monde. A quoi sert, je vous le demande, de dire j'ai guéri le malade avec telle médication, plus vite ou mieux qu'on ne l'eût fait avec telle autre ? La chose est possible sans doute ; mais, en pareille matière, le *possible* ne suffit pas, c'est le *démontré* qu'il faudrait; et on ne *démontre* pas en se bornant à dire, j'ai fait cela, je pense que... mon opinion est que... je soutiens que telle méthode vaut mieux que telle autre, etc..., etc... Il faudrait donc laisser pour incertain, comme possible, comme probable, ou comme absolument obscur, vague ou inconnu, tout ce qui, en réalité, n'est point encore démontré. Reprendre ainsi toute la science serait effrayant, j'en conviens, pour les générations qui penchent vers le déclin de la vie; mais à votre âge, Messieurs, l'imagination doit trouver là un appas digne de toute votre ardeur. Sous ce rapport, la médecine nous offre déjà de beaux exemples; pourquoi ne les imiterions-nous pas? Qui de vous ne sera frappé de la précision des résultats auxquels sont arrivés MM. *Louis, Bouillaud, Chomel* (1) et

(1) *Leçons de Clinique médicale*, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris par M. le

quelques autres, à l'aide d'une statistique bien entendue et d'une méthode sévère. De cette façon, on ne va pas vite il est vrai, on ne décide pas toutes les questions dans un jour; mais on avance avec certitude, sans crainte d'être obligé de reculer, sans surcharger la science de ce remplissage qui l'encombre sans pouvoir la servir.

On croit généralement qu'en chirurgie le diagnostic offre moins de difficultés qu'en médecine. C'est une question à examiner. Quand on ne s'en tient point à la surface des choses, on reconnaît bientôt que le diagnostic des maladies dites chirurgicales exige autant d'attention que celui des maladies médicales. S'il ne suffit plus aujourd'hui de dire : tel individu a une maladie de poitrine, s'il faut en outre déterminer quel est l'organe malade, et de quelle manière il est malade; si c'est la plèvre, le poumon, le péricarde, le cœur, un gros vaisseau; et quand c'est le poumon, s'il y a une pneumonie pure, ou des tubercules, ou un emphysème, à quel degré, ou dans quelle étendue, dans quel lobe : il n'est pas plus permis de s'en tenir au titre d'*ophthalmie*, quand il s'agit de l'œil. Pour ne parler que de ce qui concerne l'intérieur de ce dernier organe, n'avons-nous pas à déterminer si le mal occupe l'iris, la capsule lenticulaire, le cristallin, le corps vitré, la rétine plutôt que la choroïde ou la sclérotique; à savoir s'il existe là une inflammation franche plutôt que spécifique ou compliquée, un épanchement de sérosité, de pus, de sang, une production nouvelle ou toute autre lésion organique? Si la vue éclaire aussitôt le chirurgien dans quelques uns de ces cas, n'est-elle d'aucun secours au médecin dans les épanchements de poitrine, dans les maladies du cœur? Dans les maladies de l'œil, le trouble de la vision est un phénomène qui frappe d'abord; mais

professeur Chomel, recueillies et publiées par MM. les docteurs Genest et Requin, 1834-1837, 2 vol. in-8.

l'état de la circulation et de la respiration ne frappe pas moins dans les maladies du cœur ou du poumon. La douleur peut aussi bien manquer dans le premier cas que dans le second. Les signes rationnels sont tout aussi faciles ou tout aussi difficiles à saisir dans l'un que dans l'autre. La percussion, l'auscultation, la succussion, moyens si précieux pour la poitrine, ne sont point applicables à l'œil. Sous quelque rapport qu'on prenne la comparaison, soyez-en convaincus, les organes thoraciques auront l'avantage. Les objets sont si déliés, me direz-vous, ou si rapprochés dans l'œil, si volumineux et si bien isolés au contraire dans la poitrine, qu'il ne peut pas en être autrement. Eh bien ! laissons l'œil et prenons nos comparaisons ailleurs. Mettez une articulation en regard d'une cavité splanchnique, et voyez si l'avantage ne se trouve pas encore du côté de la médecine ! Au genou je suppose l'inflammation ou toute autre maladie : ne peut-elle pas exister dans la cavité articulaire ou dans ses enveloppes, comme dans la cavité abdominale ou dans ses parois ? Ici vous avez, il est vrai, une infinité d'organes, le foie, l'estomac, les intestins, les reins, la rate, le pancréas, etc., etc., qui peuvent être malades séparément. Mais n'avons-nous pas au genou des toiles, des pelotons synoviaux, des ligaments, des cartilages, des fibro-cartilages, et des os dont il importe de ne pas confondre les affections. Est-ce qu'à travers les parois du ventre l'application des sens est moins efficace que sur une articulation ? On peut donc hardiment soutenir, soit qu'il s'agisse de médecine, soit qu'il s'agisse de chirurgie, que l'étudiant a besoin d'exercer et de raisonner avec le même soin l'action de tous ses sens et toutes les facultés de son intelligence.

Avec une science aussi compliquée, sans principes généraux, on se perdrait dans le chaos des détails. Si les principes dont on peut disposer étaient mathématiques, embrassaient tous les faits, ils constitueraient, ou pour-

raient constituer par leur ensemble une théorie rationnelle. Mais comme ce ne sont encore que des états pour la plupart fort incertains, il n'est guère permis de fonder sur eux que des hypothèses, des systèmes ou des doctrines de convention. Aussi verrez-vous en parcourant l'histoire, que jusqu'ici un souffle a toujours suffi pour renverser les diverses théories prétendues rationnelles, dès qu'elles ont essayé de se généraliser. D'accord avec ceux qui prétendent qu'une bonne théorie purement rationnelle est absolument impossible, je n'en crois pas moins à l'utilité d'une hypothèse, d'un système, d'une doctrine en pathologie. C'est une nécessité qui domine tous les hommes et à laquelle ils se soumettent tous de gré ou de force, à dessein ou sans s'en douter. Puisqu'il faut appeler à notre aide un de ces instruments intellectuels, tâchons au moins de le bien choisir. Sachant que c'est un lien artificiel, nous aurions tort de le calquer sur un ordre d'idées en particulier. Comment pourriez-vous en fixer le cercle dans une science dont les limites s'étendent ou se resserrent chaque jour?

Le *solidisme*, qui date des premiers âges de la médecine, et qui naguère encore, régnait presque en despote au milieu des écoles, est manifestement incapable de satisfaire la génération nouvelle. L'ancienne doctrine des humeurs et *l'humorisme* de tous les temps sont également inadmissibles à titre de *systèmes exclusifs*. Faire naître toutes les maladies des solides, ou uniquement des liquides, est un contresens que la plus simple réflexion aurait dû montrer; car qui est solide, qui est liquide dans le corps de l'homme? Le lait, le chyle, la lymphe, le sang, sont composés de globules, et les globules au fond sont des corps solides. La peau, les muscles, les os eux-mêmes, contiennent beaucoup d'eau, et pourtant l'eau est un corps liquide. Liquides et solides, tout est semblable, tout dépend des proportions, et je ne vois pas où vous pourriez poser la

ligne de démarcation entre les deux ordres de matière. Ainsi ne soyons ni humoristes, ni solidistes exclusifs, mais bien solidistes et humoristes à la fois. Faut-il imiter les *animistes, les vitalistes, les chimistes , les mécaniciens , les méthodistes, les éclectiques* ou *les empiriques?* Eh ! Messieurs, il faut les écouter tous et n'en écouter aucun. Pour vous égarer avec les deux premières sectes que je viens de rappeler, dans la métaphysique nébuleuse de leur temps, vous accepterez à titre inconnu l'x algébrique, les entités qu'elles vous indiquent sous le nom *d'ame* , de *propriétés vitales* , etc. Nul doute que de nombreuses actions chimiques s'opèrent au sein des organes vivants, mais cela n'empêche pas les phénomènes purement mécaniques ou physiques d'y jouer un grand rôle. Par cela même que vous empruntez au solidisme, à l'humorisme, à la chimiatrie, aux vitalistes, aux mécaniciens, vous voilà éclectiques, puisque le propre de cette dernière doctrine est de prendre un peu partout et de ne prendre tout nulle part. Toutefois, Messieurs, ne vous y trompez pas. L'éclectisme est plutôt une méthode qu'un véritable système. J'en dirai autant de l'empirisme, qui dans le sens primitif, était une des meilleures doctrines médicales. Ne se dirigeant que d'après l'expérience et l'observation, l'empirisme ne mérite pas le mépris dont il a été l'objet; ses lois ont toujours été et seront toujours respectées par la masse de véritables praticiens; on ne les rejette que faute de s'entendre. S'il s'agissait, en effet, de cet empirisme aveugle qui ne tient compte de rien, qui ne veut des maladies que les noms et qui, faisant abstraction des organes, s'attaque à chaque symptôme sans songer au mal, on aurait raison de le reléguer parmi les commères; mais ce n'est pas ainsi que doit être envisagé l'empirisme; comme toute autre méthode, il a dû se modifier, se perfectionner, en traversant des siècles. Là où la médecine rationnelle suffit, on le néglige. Ailleurs, c'est lui qu'il faut invoquer. Si l'expérience prouve que le soufre

est le meilleur remède de la gale, le traitement de la gale doit être empirique, car le raisonnement n'y eût pas conduit de prime abord. On guérit empiriquement aussi la syphilis avec le mercure, la fièvre marécageuse avec le quinquina, car *à priori*, on s'y serait pris d'une tout autre manière. Le raisonnement n'eût point suggéré l'emploi du nitrate d'argent dans les inflammations aiguës de la conjonctive, de l'alun dans les phlegmasies les plus intenses du gosier, du cautère actuel, des scarifications profondes et multipliées dans l'érysipèle phlegmoneux. Bien appliqués, ces moyens sont d'une efficacité incomparablement plus grande, en pareil cas, que le traitement rationnel. Une maladie étant donnée, consultez l'expérience. Si les témoignages invoqués en faveur du remède qu'on vous propose sont imposants, essayez-le, que sa nature et ses propriétés connues soient ou ne soient pas en rapport avec les idées que vous vous êtes faites de la nature du mal. Vous le repousserez au contraire, si vous lui connaissez des qualités dangereuses, et si les succès qu'on lui attribue vous paraissent mal constatés ou trop peu nombreux. Partout où l'empirisme ne vous offrira rien de positif, vous l'abandonnerez pour vous en tenir à la médecine rationnelle. Si la médecine rationnelle reste également impuissante, vous appelez en aide les analogies, et vous agirez dès lors en tâtonnant. C'est cette manière d'envisager les choses que j'appelle *empirisme raisonné*, et que je regarde comme le meilleur plan à suivre dans la pratique.

La doctrine de l'irritation, née il y a plus de vingt ans, et qui a si profondément remué les esprits, ne m'a paru jamais de nature à détruire l'empirisme comme elle le croyait d'abord. L'inflammation qui était pour elle la clef de la pathologie est en effet le phénomène morbide qui joue le plus grand rôle en chirurgie comme en médecine. Mais ce serait une erreur de croire qu'elle ne diffère que par le tissu qu'elle occupe, le degré ou l'étendue

qu'elle présente, la constitution du sujet qu'elle affecte. L'inflammation varie encore d'une manière tranchée par la nature de ses causes. Outre la quantité il fallait aussi tenir compte de ses qualités. L'école physiologique eut raison en soutenant que l'inflammation se rencontre presque partout, soit comme principe, soit comme résultats, et ses antagonistes l'ont généralement mal combattue sur ce terrain. Mais elle s'est évidemment fourvoyée en voulant soutenir l'unité d'une lésion aussi diverse. De là une sorte de confusion qui a tenu longtemps les meilleurs esprits en échec. Admettant avec elle que le régime affaiblissant est le remède par excellence des phlegmasies, beaucoup de praticiens durent la combattre, parce qu'ils savaient qu'on guérît mieux par d'autres moyens certaines maladies qu'elle classait parmi les inflammations. En lui donnant gain de cause, cette raison, qui était mauvaise, la conduisit à une thérapeutique erronée. Avec cette concession, elle put dire en effet : puisque vous m'accordez la prééminence des émissions sanguines, là où vous reconnaissez l'état inflammatoire, vous serez bien forcés de convenir que j'ai raison de les préférer dans toutes les maladies où je prouve qu'il y a inflammation. Réduite à ces termes, la question eût été bien simple; car elle eût consisté à savoir si *une maladie étant donnée, il y a ou il n'y a pas inflammation.* Malheureusement ce n'était point cela. Le doigt se trouvait ainsi à côté de la plaie. En s'emparant du mot, on n'avait pas saisi la chose. Le besoin d'une médecine rationnelle a pu seul faire illusion sur ce point. Premièrement il fallait distinguer deux classes d'inflammations : 1° les inflammations franches, 2° les inflammations spéciales ou spécifiques. Il est clair en effet qu'une inflammation qu'a fait naître et qu'entretient la présence d'un corps étranger, d'un insecte, d'un venin, d'un poison, demande avant tout qu'on en fasse disparaître la cause, si c'est possible. Vous n'irez point attaquer la gale, le charbon, la

pustule maligne, les boutons de variole, avec des sangsues. C'est en tuant l'insecte, ou en étouffant le venin sur place, que vous enlèverez de semblables inflammations. Secondement il eût fallu avouer que les émissions sanguines peuvent bien, en outre, ne pas toujours être le moyen le plus sûr de guérir les inflammations ordinaires. Car que font les saignées ? Elles modèrent l'afflux du sang vers la partie malade, quand on use de la phlébotomie, ou elles l'en retirent en partie si l'on se sert de la ventouse, ou des sangsues. Nul doute que cela ne soit utile, mais ce n'est pas tout. Dans un organe enflammé, il y a autre chose que du sang ; le travail moléculaire qui s'y est établi en a modifié, altéré les fluides et les solides. On ôterait tout le sang d'un individu qu'on n'éteindrait pas certains furoncles. Les sujets qu'on a le plus saignés ou qui se trouvent le plus affaiblis d'une manière quelconque, ne sont pas les moins exposés aux inflammations ni ceux qui les supportent le mieux. Tout ce que peuvent les émissions sanguines, c'est de mettre l'organisme en mesure de résoudre lui-même les phlegmasies qui sont plus particulièrement alimentées par le sang. Elles ne vont directement au mal que dans un très petit nombre de cas. Purifier le sang serait parfois plus nécessaire; en enlever, y ajouter de la fibrine, du fer, de l'eau, certains sels, etc., etc., aurait aussi son importance. Vous le voyez, dès qu'on la creuse, la question devient complexe, et nous ramène à l'empirisme; car vous n'aurez une thérapeutique complètement rationnelle de l'inflammation, qu'à partir du moment où le phénomène ne renfermera plus rien, absolument rien d'inconnu, et Dieu sait quand nous en serons là !

Dominé par ces considérations, ne voyant qu'un point d'arrêt dans la prétention de rationnaliser la médecine au moyen de l'inflammation, j'ai pensé, dès le début, qu'il était essentiel de passer outre pour suivre le véritable pro-

grès. Dans les inflammations franches, saignez largement et *coup sur coup*, si le mal est à l'intérieur, hors de la portée des topiques et sur un sujet fort. Mettez-y plus de réserve, tirez moins de sang chaque fois, ayez recours aux ventouses, aux sangsues, aux irritants éloignés, si le malade est délicat ou peu riche en sang; si le mal est à l'extérieur, vous avez un autre moyen d'en chasser le sang; c'est la compression. Ainsi la lancette pour diminuer la masse du sang, les révulsifs pour l'attirer ailleurs, les sangsues pour l'enlever de la partie malade, et la compression pour l'expulser à l'intérieur, voilà les quatre moyens qui, selon moi, doivent servir de base dans le traitement des inflammations franches.

S'agit-il d'une inflammation fausse, spécifique, ou spéciale, vous pouvez songer encore aux émissions sanguines, si l'état de la circulation, l'âge et la constitution du sujet le permettent. Mais alors il faut en même temps s'occuper de la cause; si cette cause vous est connue, vous l'enlèverez à l'aide de moyens mécaniques; vous la neutraliserez par les moyens chimiques, ou vous la chasserez à l'aide de purgatifs ou d'injections. Si on ne la connaît pas, ou s'il n'est pas possible de l'atteindre, trois choses sont possibles. 1° Elle est de nature à disparaître sous l'influence de réactions organiques ou par l'effet de sa propre décomposition; et dans ce cas, on en triomphe par le traitement rationnel, comme s'il s'agissait d'une inflammation franche. 2° Sa persistance est telle, qu'abandonnée à elle-même, elle restera indéfiniment au sein des tissus; alors il est possible que les organes s'accoutument à sa présence, et que, combattue par la médication rationnelle, l'orage qu'elle a fait naître finisse par se calmer. Plus souvent, la nature en est tellement malfaisante qu'elle conduit inévitablement à la destruction de l'organe, si on ne trouve pas un moyen de la détruire elle-même. Ici un appel aux moyens spéciaux, spécifiques, empiriques, est de rigueur. C'est surtout une

médication directe qu'il vous faut, car l'organisme est par lui-même impuissant. 3° Enlevée ou détruite, la cause de l'inflammation peut laisser un désordre tel qu'il constitue seul une maladie grave. Dans ce cas, la médecine rationnelle doit succéder à la médecine empirique, tandis que dans la supposition précédente, elle lui venait simplement en aide.

Tout ceci s'entend, Messieurs, aussi bien des autres maladies que des inflammations. Avec de pareils principes, rien ne vous gêne : la méthode rationnelle pour le connu, l'empirisme pour ce qui ne l'est pas; appeler sans cesse l'un au secours de l'autre, voilà quel est mon système. Je traite le phlegmon par les saignées d'après les règles de la médecine rationnelle : mais que l'observation me démontre qu'on le guérit mieux en le couvrant de vésicatoires, ou d'onguent mercuriel, et j'adopterai l'empirisme. Avec les mercuriaux dans la syphilis, je suis empirique, mais prouvez-moi que la médication débilitante est meilleure et je deviens rationaliste. Se conduire autrement, ce serait se priver d'armes puissantes. Trop de points sont encore cachés dans le tableau pour que nous puissions les raisonner tous, et en faire la description avant de les connaître, ce serait tout simplement les couvrir d'un voile nouveau. Quelle qu'en soit la nuance, l'inflammation est toujours modifiée par le tissu ou l'organe qu'elle affecte. C'est faute de l'avoir suffisamment senti que les anciens s'épuisaient à la recherche d'entités idéales, et en débats sur des noms de maladies. Les travaux de *Haller*, et de *Bichat* ont conduit *Pinel* et *Broussais* à une réforme complète sous ce rapport. En montrant que l'attention du médecin doit se porter sur l'organe malade, bien plus que sur le nom de la maladie, *Broussais* surtout a pour ainsi dire ramené les esprits du ciel vers la terre. C'était là, Messieurs, avouons-le, faire un pas important. Il est si difficile de s'entendre quand il s'agit

d'objets matériels, qu'on ne pouvait rien espérer des excursions dans le monde métaphysique.

En répétant ici que dans les maladies la nature de la cause ne doit jamais être oubliée, je n'en soutiens pas moins que l'étude du siége doit passer avant. C'est là en effet que la raison est à l'aise, c'est là que le rationalisme peut multiplier, étendre ses racines. Suivies dans chaque organe, soit interne, soit externe, examinées dans chaque système organique, les maladies se sont laissé déjà surprendre tant de secrets, qu'on ne peut manquer en pénétrant davantage de leur en arracher encore. Qui de vous ne devine tout d'abord la différence que doit offrir l'inflammation, selon qu'elle s'est établie dans la peau, le tissu cellulaire, les muscles, les nerfs, les artères, les veines, les os? Qui ne voit ensuite qu'elle en présentera d'autres dans le même appareil, selon que tel ou tel élément sera plutôt affecté que tel autre; qu'elle en offrira enfin dans chaque région du corps, d'après les qualités physiques des parties? Mais, Messieurs, pour cultiver avec fruit une mine aussi féconde, il faut des connaissances préalables, il faut en avoir la clef. Or, cette clef, vous ne pouvez la demander qu'à l'anatomie, et encore à l'anatomie envisagée d'une certaine manière. C'est donc vers l'anatomie qu'il faut d'abord tourner vos regards. Avec l'anatomie ordinaire, celle que vous appelez *anatomie descriptive*, avec l'anatomie générale, vous arriverez à faire la médecine et la chirurgie comme nos devanciers et comme nos maîtres. Pour avancer d'un pas plus ferme, vous aurez besoin d'une anatomie nouvelle; celle-ci ressort des autres. Elle en est en quelque sorte le résumé, le corollaire. Comme son but est d'éclairer sans cesse au lit du malade, elle a pris le nom d'*anatomie médico-chirurgicale* et mérite le nom d'*anatomie du praticien*. Cette anatomie n'est pas absolument nouvelle, sans doute: elle est tellement naturelle que, de tout temps, elle a dû

se laisser entrevoir aux observateurs de talent; mais elle n'a été coordonnée et véritablement comprise que de nos jours. D'abord partielle, incertaine, chancelante dans les œuvres de *Scarpa*, *Burns*, *Colles*, elle s'est peu à peu généralisée, affermie dans les leçons de *Dupuytren*, *Béclard* et de M. *Roux*, jusqu'à ce qu'elle ait été traitée en entier dans les ouvrages *ad hoc*, en 1825 (1) et 1826 (2). Il n'y a par conséquent que douze ou quinze ans qu'elle existe réellement comme science, et vous comprendrez ce que peut être, après un temps aussi court, une science aussi vaste. C'est assez vous dire qu'elle est dans l'enfance, et qu'elle attend de notre siècle de nombreux perfectionnements. Déjà cependant elle se présente sous deux points de vue principaux, sous forme d'anatomie générale et sous forme d'anatomie des régions. Sous le point de vue chirurgical, l'anatomie générale rend compte des caractères spéciaux que prennent les maladies dans chaque tissu. Ainsi, la texture glutineuse, vasculaire et homogène de la peau explique pourquoi la réunion immédiate des plaies est en général si facile et si prompte dans cette membrane. On cherche dans les dispositions de sa surface, dans ses follicules, les porosités, les canaux, les vacuoles dont elle est criblée, dans les poils, les rides, les saillies qui la couvrent, la raison de ses maladies variées. Par sa mollesse, le mélange de ses lamelles, son peu de cohésion, le tissu cellulaire montre pourquoi les inflammations s'en emparent avec tant de facilité et y passent si rapidement à la suppuration. La solidité, l'inextensibilité de ses fibres in-

(1) *Traité complet d'Anatomie chirurgicale* générale et topographique du corps humain, ou anatomie considérée dans ses rapports avec la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire, par M. le professeur Velpeau. 3e édit. 2 vol. in-8 et atlas in-4 de planches.

(2) *Traité d'anatomie topographique*, ou anatomie des régions du corps humain, considérée spécialement dans ses rapports avec la chirurgie et la médecine opératoire, par Ph. Fred. Blandin, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. 2e édit. 1 fort vol. in-8 et atlas in-fol. de 20 planches.

diquent d'un autre côté la résistance qu'il doit offrir aux tractions, aux constrictions mécaniques. Les aponévroses font voir par leur forme de toiles, par la direction de leurs fibres, par leur densité, par les trous dont elles sont percées, comment les inflammations et le pus fusent dans tel sens plutôt que dans tel autre : comment de superficielle; la maladie peut devenir profonde, *et vice versâ;* comment des vaisseaux, des organes spéciaux, sont soumis à certains étranglements, en apparence spontanés. Leur sécheresse, leur peu de vitalité, montrent d'un autre côté, qu'elles doivent rarement être malades elles-mêmes. La contractilité des muscles laisse deviner les rôles qu'ils jouent dans les fractures, les luxations, les amputations. Leur nature ne permet pas d'en espérer la réunion, quand ils ont été divisés en travers. La distribution du tissu cellulaire entre leurs fibrilles indique assez que l'inflammation doit en être difficile, et que si du pus s'y dépose, ce sera à l'état d'infiltration plutôt qu'à l'état de collection. Sachant que les vaisseaux lymphatiques se trouvent partout, le chirurgien n'est point surpris de les voir s'enflammer à la suite de toutes sortes de blessures. L'interruption de ces vaisseaux par des ganglions tranquillise sur le transport vers le centre des fluides morbifiques dont ils peuvent être chargés; un coup d'œil sur les veines explique les dangers de la phlébite. On voit par la texture cassante et presque inerte des artères la difficulté de cicatriser les plaies de leurs tuniques, et la raison des anévrysmes. De cette manière, vous avez toujours deux faits, un fait anatomique et un fait pathologique, qui s'expliquent l'un par l'autre, et qui s'éclairent réciproquement. Mais il ne suffit pas de parcourir ainsi successivement tous les systèmes. La chirurgie veut qu'on les reprenne en outre dans chaque région du corps, et partout où leur arrangement a dû subir quelques modifications. On entre dès lors dans le domaine de l'anatomie topographique ou des régions. Cette anatomie vous apprend si dans tel point

donné, la peau est plus épaisse ou plus mince, plus mobile ou plus adhérente, si le tissu cellulaire y est abondant ou rare; quels en sont les vaisseaux, les nerfs, les muscles, les os; dans quel rapport de voisinage, de direction, de densité, de volume, tous les organes s'y trouvent. Sans elle, vous n'opérerez qu'en tâtonnant, à moins d'une grande habitude ou d'une grande témérité. Avec elle, vous savez que dans telle direction et à telle profondeur, une plaie, une blessure doit comprendre telles couches, tels organes, qu'elle expose par conséquent à tel danger plutôt qu'à tel autre. L'anatomie des régions peut seule dire que telle artère que vous désirez atteindre est couverte de tant de feuillets celluleux, aponévrotiques ou musculaires; qu'elle est en dehors, en dedans, en avant, en arrière, de telle veine ou de tel nerf. On s'imaginera à peine les services qu'elle est susceptible de rendre. Pour en avoir un échantillon, mettons-la un moment en rapport avec les inflammations. A la main, par exemple, une simple phlyctène offre de grandes différences, selon qu'elle en occupe la face dorsale ou la face palmaire. Ici, elle sera plus opaque, plus disposée à s'étendre, plus longue à se rompre, à cause de l'épaisseur plus grande de l'épiderme. A la pulpe du doigt, l'inflammation peut bien pénétrer jusqu'à l'os et l'altérer; mais elle n'a que peu de tendance à se porter en arrière, parce que la coulisse tendineuse ne vient pas jusque-là. Sur le devant de la phalange moyenne, la suppuration sera d'abord retenue, si elle est sous-cutanée, entre deux articulations par les adhérences de la peau vis-à-vis des jointures. Plus profondément, la coulisse fibro-synoviale au contraire la propage presque aussitôt vers la main. Au devant de la première phalange, l'inflammation gagne plus facilement en arrière qu'en avant, parce que la peau est plus adhérente par ici que par là. Elle est plus redoutable sur le devant des articulations métacarpo-phalangiennes qu'ailleurs, attendu que là, elle devient très

facilement profonde, par suite de l'écartement des rubans de l'aponévrose. Les adhérences de la peau en préservent généralement le creux palmaire. Les inflammations des éminences thénar et hypothénar retenues en dedans par les adhérences de la région précédente, et en haut par celles du poignet, se portent d'autant plus facilement vers l'extérieur, qu'elles ne sont soutenues que par une peau assez mince. Toutes ces inflammations sous-cutanées, trouvant du côté dorsal un tissu cellulaire lamelleux infiniment plus souple, en déterminent presque toujours la tuméfaction, et s'y transportent d'ailleurs fréquemment, quel qu'en ait été le point de départ à la face palmaire. A l'éminence hypothénar, l'inflammation profonde peut se transmettre à l'avant bras par le moyen du tendon fléchisseur. Sous l'aponévrose palmaire, le nombre des tendons, l'étendue des toiles synoviales, la résistance des tissus, expliquent le danger de la maladie, et montrent comment elle gagne presque constamment le poignet et le devant de l'avant-bras. Une inflammation semblable du pouce ou à l'éminence thénar peut, tout en fusant vers l'avant-bras, rester confinée cependant sur le devant du radius, parce que le muscle long fléchisseur est séparé des autres presque jusqu'au haut par une espèce de cloison. La mollesse et le volume des muscles, l'écartement des deux premiers os du métacarpe, font d'ailleurs que cette éminence est souvent le siége d'assez vastes abcès. Sur le devant des doigts, et la paume de la main, les inflammations sous-cutanées ont encore cela de particulier qu'après avoir ulcéré le derme, elles décollent souvent au loin l'épiderme avant de le rompre. Sachant toutes ces choses, le praticien reconnaît aussitôt le siége de la maladie, et se trouve plus à même de lui appliquer le meilleur remède en temps opportun. Remarquant qu'autour de l'ongle le derme est réplié, vous en enleverez aussitôt que possible les phlyctènes afin de prévenir l'extension de la phlegmasie à la racine de cette plaque cornée. Sur le

reste de la face dorsale du doigt, la phlyctène ne diffère point de ce qu'elle peut être sur le corps d'un membre : tandis qu'en avant il importe de l'ouvrir de bonne heure, si l'on tient à en borner l'extension. L'inflammation de la pulpe ayant peu de tendance à fuser, doit inspirer moins de crainte et permettre de ne pas lui appliquer aussi vite les incisions. On sent que sur la phalange moyenne il serait permis de temporiser aussi, si ce n'était la crainte de voir la gaîne tendineuse se prendre : tandis que sur la première on ne peut trop se hâter de livrer issue aux matières morbifiques, puisque sans cela elles fuseraient en arrière sous la peau, ou même sous l'aponévrose palmaire. Aux éminences musculaires, il n'est pas indispensable non plus d'inciser de bonne heure, car les phlegmasies y montrent peu de tendance à se porter du côté de la paume de la main, ou sous l'aponévrose. Celles du devant de l'articulation métacarpienne gagneraient au contraire les toiles synoviales ou la face dorsale de la commissure des doigts, si on ne les arrêtait pas à temps.

L'anatomie chirurgicale apprend par la même raison ici qu'une amputation de la phalange unguéale offre peu de dangers, tandis que plus près de la main, cette opération est presque aussi redoutable qu'une amputation de bras. Les opérations sanglantes et les plaies qui seraient à peine inquiétantes sur les éminences *thénar* et *hypothénar*, sont toujours graves quand elle pénètrent au dessous de l'aponévrose, dans le creux de la main. Je pourrais encore multiplier ces détails qui sont entièrement nouveaux; en effet, il y aurait outre la peau, la couche cellulo-graisseuse et la gaîne fibreuse à examiner de la même façon, les vaisseaux, les nerfs, les tendons, les os, et les articulations. Si tant de remarques importantes surgissent de l'anatomie chirurgicale du doigt seulement, vous devez comprendre la valeur de ses applications dans une foule d'autres régions. La lumière qu'elle répand, quand on la cultive avec soin, est à

la fois vive et positive, parce qu'elle trouve sa source dans des conditions physiques que tout le monde peut constater. Bien entendue, bien interprétée, l'anatomie chirurgicale deviendra, je ne crains pas de l'annoncer, le flambeau du chirurgien. Avant de l'avoir soumise à l'épreuve de la clinique, j'en avais indiqué les richesses : aujourd'hui j'en parle avec plus d'ardeur encore, parce que la pratique vient chaque jour à l'appui de ce que le scapel m'avait fait deviner sur le cadavre.

Vous voyez, Messieurs, d'après tout ce que je viens de vous dire, que la chirurgie a besoin comme la médecine d'une révision presque générale. Une foule d'assertions qu'elle donne comme des vérités peuvent être exactes, mais il serait possible qu'elles fussent erronées; or l'esprit régénérateur du dix-neuvième siècle ne peut pas se contenter d'un vague. Il faut reprendre toutes ces difficultés soit une à une, soit dans leur ensemble, et les attaquer avec courage. En attendant que de nouvelles méthodes soient mises à la disposition de l'esprit pour atteindre ce but, attachons-nous à rendre celles qui existent plus rigoureuses à l'aide d'une logique calme et sévère; accueillons les faits et les conséquences que la méthode numérique, qu'une bonne statistique savent en tirer; mais n'oublions pas la défiance qu'ils doivent inspirer quand ils ne sont point entourés de toutes les garanties désirables. Soyez tour à tour *solidistes*, *humoristes*, *chimistes*, *mécaniciens*, *vitalistes*, *éclectiques*, *empiriques*, et parfois tout cela ensemble, mais rarement une de ces choses à l'exclusion absolue des autres. Comme l'erreur, la vérité dans les sciences se glisse heureusement partout, on ne la trouve par conséquent entière et complète nulle part. Pour nous aider à la saisir, un instrument nouveau se présente. Cet instrument, c'est l'anatomie chirurgicale, qu'elle serve donc de point d'appui, de base à nos recherches. La fertilité d'un pareil sol n'est pas douteuse : que les hommes laborieux s'y donnent

rendez-vous, et rien ne pourra les empêcher de marcher.

Toutes les méthodes de traitement se rattachent à deux, l'une *directe*, l'autre *indirecte*. Pour moi, la thérapeutique est *indirecte*; quand elle n'arrive au mal que par des voies détournées, que par l'intermédiaire des systèmes vasculaire et nerveux. Elle est *directe* au contraire, si le remède est immédiatement porté sur le tissu malade, c'est à bien manier ces deux grands léviers de la médecine que doivent tendre tous vos efforts. Car là se trouve l'art de guérir tout entier.

S'il était permis de sanctionner la division de sciences aussi indissolubles que la médecine et la chirurgie, je dirais que l'une embrasse les maladies qui réclament exclusivement la thérapeutique indirecte, tandis que l'autre comprend les affections susceptibles d'être traitées par la méthode directe. Je vous donnerais ainsi une définition assez exacte de ces deux branches d'un même arbre; mais cette division ne devant pas être maintenue, je prendrai les deux méthodes dans leur application à la pratique commune pour vous montrer que, si le médecin peut ne pas faire de chirurgie, il est indispensable au chirurgien de savoir faire de la médecine.

Les médications indirectes sont nombreuses et de nature différente : on pourrait cependant les ranger en trois classes, dont une pour les émissions sanguines, la seconde pour les révulsifs, et l'autre pour les remèdes spéciaux, en faisant abstraction, bien entendu, des ressources fournies par l'hygiène. Remarquez au reste, que ces trois classes se retrouvent également dans la médication directe. La saignée, par exemple, soit par la lancette, soit par les ventouses, soit par les sangsues, peut être tour à tour directe ou indirecte. Les sangsues au tempes, derrière les oreilles, autour de l'orbite dans l'ophthalmie, agissent indirectement, tandis que leur application sur la conjonctive palpébrale forme un traitement direct dans la même ma-

ladie. Les scarifications, la saignée des veines sur la région malade constituent une médication directe, tandis que la phlébotomie ordinaire, soit du bras, soit des saphènes, est toujours un remède général ou indirect.

Le cautère, le séton, le moxa, les vésicatoires, les sinapismes, appartiennent à la médication indirecte, si on les place à quelque distance de l'organe affecté; à la médication directe au contraire, quand on les fait porter sur le lieu même de l'affection. Il en est de même à l'intérieur; les purgatifs, les vomitifs, agissent indirectement dans la pleurésie, le rhumatisme, l'encéphalite, etc. Leur action semble être directe au contraire, quand l'estomac ou les intestins sont le siége de certaines phlegmasies, de certaines ulcérations. Le quinquina dans les fièvres intermittentes, les antimoniaux à haute dose dans la pneumonie, les préparations de colchique, dans les arthropathies, l'iode dans les scrofules, le mercure dans la syphilis, sont des remèdes spéciaux, parce que en pareil cas, on ne connaît pas très bien encore leur manière d'agir; ils sont indirects parce qu'ils ne modifient le mal qu'après avoir modifié le système circulatoire, ou quelques fonctions, si ce n'est l'organisme en totalité.

Resserrée dans le cercle de la thérapeutique indirecte, la médecine proprement dite n'a point à s'occuper de la question que je veux agiter maintenant : celle de savoir qui mérite la préférence des traitements internes ou des traitements externes. Les maladies dites *chirurgicales* sont en effet les seules qui permettent quelquefois de choisir entre ces deux méthodes.

C'est là, Messieurs, une des hautes questions de la philosophie chirurgicale. Veuillez la méditer. Si la chirurgie en s'en tenant à sa signification grammaticale, n'avait comme jadis, que des procédés manuels à invoquer, si elle était encore l'humble servante de la médecine, nous n'aurions point à remuer de pareils principes. Mais actuelle-

ment que la science médicale a repris son unité primordiale, que la *médecine chirurgicale* est partout substituée à la *chirurgie pure et simple,* il faut que le *médecin opérateur* sache employer à propos, et qu'il connaisse aussi bien que le *médecin proprement dit* les médications indirectes. Vous avez entendu blâmer sans doute, les chirurgiens qui ne croient pas devoir user, autant que d'autres, des remèdes internes. Vous n'ignorez pas que beaucoup de médecins ont en grande estime les chirurgiens qui emploient le plus la thérapeutique indirecte, qui traitent *médicalement* leurs malades : vous savez aussi, ou vous apprendrez bientôt que, d'accord avec les gens du monde, des hommes de science reprochent souvent aux chirurgiens d'avoir sans cesse le fer à la main, et de ne pas songer assez aux organes vivificateurs. Qu'y a-t-il de fondé dans ces reproches ? *User* et *abuser* est le point difficile en toute chose. Dire que la thérapeutique indirecte mérite la préférence partout serait absurde ; soutenir qu'elle ne convient nulle part serait tout aussi déraisonnable. Pour l'appliquer à propos, tâchons donc d'en apprécier et le mécanisme et la véritable puissance. Absolument parlant, et toutes choses étant égales d'ailleurs, on ne peut pas nier que la médication directe n'ait plus d'efficacité que la médication indirecte. Il saute aux yeux qu'à vertus égales, un remède placé sur le mal même aura plus d'effet que donné par une autre voie. Appliqué sur les boutons épidermiques, le soufre guérit promptement la gale ; par la bouche la même substance troublerait les organes digestifs avant de tuer *l'acarus* qui laboure la peau. Mais il n'est pas toujours possible de recourir ainsi à la médication directe. A part les surfaces tégumentaires, les organes sont naturellement soustraits à l'action immédiate de nos moyens pharmaceutiques. Il s'en faut ensuite que, dans une foule de cas, la maladie soit tout entière dans celui qui paraît en être le siége. La méthode indirecte est en conséquence

la seule ou à peu près qu'on puisse essayer dans toutes les affections *dites internes*, celles de l'encéphale, du cœur, des poumons, du foie, des reins, etc. N'oublions pas, pourtant, qu'à ce titre même, c'est un pis-aller, et que, ce qui n'est malheureusement pas probable, si la science venait un jour à faire connaître les causes et la nature de toutes les maladies, à découvrir partout une voie pour l'emploi de la médication directe, elle perdrait singulièrement de sa valeur. Il est clair, d'une autre part, que la méthode indirecte doit marcher de pair avec la méthode directe dans un nombre considérable de cas. Elle est de rigueur, par exemple, lorsque la maladie, quoique localisée, est entretenue ou aggravée par la constitution, l'état général du sujet, par une altération des fluides, ou une cause spécifique interne quelconque. Ainsi, vous n'irez pas traiter la véritable syphilis par de simples topiques; vous vous empresserez d'associer ici des remèdes internes aux moyens directs, parce que le mal visible n'est pas tout dans l'affection vénérienne. J'en dirai autant de l'arthrite rhumatismale, de la goutte, des tumeurs lymphatiques dites scrofuleuses, etc. Jusqu'ici même, point de divergence dans les opinions : tous les praticiens sont à peu près d'accord, c'est à l'occasion d'une autre classe de maladies que commence l'embarras. Je veux parler en ce moment des affections qu'on peut traiter et qu'on traite effectivement ou directement ou indirectement, selon qu'on les envisage d'une manière plutôt que d'une autre. Prenons la gonorrhée, les scrofules, les tumeurs blanches, pour exemple. Eh-bien, je dis que dans tous les cas, la médecine directe doit être préférée en principe, et que si l'autre l'emporte, c'est par suite de l'état encore peu avancé de la science. Les scrofuleux forment d'ailleurs deux classes ; l'une qui comprend les sujets lymphatiques dont un grand nombre de glandes sont dégénérées ; l'autre où se trouvent les individus dont une santé générale excellente n'a point empêché le dé-

veloppement de quelques ganglions. Les premiers doivent être abandonnés à la médecine indirecte et aux ressources de l'hygiène, parce que chez eux, tout est malade ; mais chez les seconds, la médecine directe vaut évidemment mieux.

Le public oublie trop, en comparant les deux médecines, que celle qui agit indirectement peut troubler une foule de fonctions avant de modifier, ou même en modifiant la maladie. Vous donnez de l'iode à l'intérieur, je suppose ; d'abord vous en continuerez l'usage pendant un, deux, trois, six mois, un an ; puis si le malade guérit, vous ne saurez pas le plus souvent à qui vous en prendre, des progrès de l'âge, du régime, des efforts naturels de l'organisme, ou du médicament. On pourrait répondre que prescrites en topiques les préparations d'iode offrent le même inconvénient ; mais il y a ici cette différence entre les deux méthodes, que, si elles ne réussissent point, les topiques ont du moins l'avantage de ne déranger aucune fonction importante, tandis que, par l'estomac, l'iode expose à mille dangers. Que, sous son influence, une des formes de la gastrite ou de l'entérite vienne à se déclarer, il peut y aller de la vie. Sur des sujets faibles, débiles, irritables, surchargés de fluides blancs, quelles ressources avons-nous contre une inflammation des entrailles ? Qui peut répondre, en donnant de l'iode, de ne pas la produire ? Et, une fois établie, qui oserait promettre d'en arrêter facilement les progrès ?

Songez au même remède, quand il s'agit du goître. N'est-ce pas une question de savoir s'il a plus guéri de malades qu'il n'en a fait mourir ? Avant d'atrophier le corps tyroïde, il arrête la nutrition de la mamelle ou du testicule. L'amaigrissement des glandes, et de tout le corps en général, prouve assez qu'une atteinte grave, profonde, a été portée par lui à l'économie. Or la machine organique ne s'ébranle point ainsi dans ses bases, sans exposer tout l'édifice à de véritables risques, sans que la vie elle-même

ait à craindre. Et tout cela pour une substance dont l'efficacité réelle est aujourd'hui remise en question, qui est un véritable poison, pour une maladie qui n'est guère qu'une infirmité, qui n'est point douloureuse ! Est-ce à dire que je proscris l'iode du traitement des scrophules et du goître ? Non sans doute. Mon unique but est de faire sentir qu'il doit être employé avec réserve; qu'on aurait tort de s'abuser sur sa valeur, qu'on aurait tort surtout, de ne pas lui substituer ou de ne pas lui adjoindre la thérapeutique directe, lorsqu'elle offre quelque chance de succès; qu'il n'est pas si facile, qu'on semble le penser, de décider, de prime abord, de la prééminence d'une méthode sur l'autre en thérapeutique.

La blennorrhagie, que tout annonce être d'abord une maladie absolument locale, n'en fait pas moins naître les mêmes réflexions. Le copahu, le cubèbe, et autres remèdes qu'on lui oppose, par la méthode indirecte, ont aussi leurs difficultés. Chez beaucoup de jeunes gens, l'estomac et les intestins, le col de la vessie même et la prostate, en sont fortement irrités. En traversant les entrailles, ils y ont déposé, plus d'une fois, le germe d'affections mortelles. Cependant tous les praticiens les emploient: il s'en fait une consommation immense. En voici la raison : la maladie, abandonnée à elle-même, ne permet aucune sécurité pour l'avenir; elle suspend l'exercice d'une fonction importante et cause quelquefois d'affreuses souffrances. La médication indirecte bien appliquée en triomphe ordinairement avec promptitude, tandis que la méthode directe échoue le plus souvent. Disons en outre que les écoulements taris sur place dans l'urètre exposent aussi à des accidents redoutables, et que leur traitement local offre assez d'embarras, exige assez de précautions pour que, dans l'état actuel de la thérapeutique, on aime autant à recourir à la méthode indirecte, malgré ses inconvénients. Il n'en est pas moins vrai que c'est surtout la thérapeutique directe de la blen-

norrhagie qu'il convient de varier, de méditer; que c'est elle qu'il faut perfectionner et qui devra l'emporter un jour.

Les arthropathies chroniques, vulgairement nommées *tumeurs blanches*, ont bien plus besoin encore d'être envisagées sous ce point de vue que les scrofules et les urétrites. Fatigués de l'insuffisance des topiques, les chirurgiens se sont adressés de bonne heure à la médecine indirecte. Aussi les voyez-vous employer avec une sorte de fureur aujourd'hui ce que la matière médicale possède de plus énergique, l'iode, la baryte, le colchique, le mercure, etc., etc. Si le règne de l'iode, dans ces affections, est à peu près fini, les trois autres substances que je viens de rappeler ont plus de vogue maintenant que jamais. Mais je les ai assez expérimentées pour avoir le droit de dire qu'on les abandonnera bientôt. Si ces moyens indirects ont jamais amené la guérison de quelques arthropathies chroniques, il est à peu près certain que c'est en irritant le tube digestif, soit à la manière des purgatifs, ou bien en agissant à la manière des altérants, et non pas comme remèdes spécifiques. Ce qui abuse d'ailleurs dans ce cas, c'est le vague du diagnostic. Une tumeur blanche est une maladie qui guérit avec tout ou qui résiste à tout, selon qu'elle porte sur tel ou tel tissu, qu'elle est entretenue par telle ou telle cause. Que prouvent après cela, je vous le demande, les observations qu'on publie en faveur d'une méthode thérapeutique, ou contre un moyen quel qu'il soit si l'on s'en tient au titre vague de *tumeur blanche*?

Pour ce qui est du mercure à haute dose, on ne peut en nier l'efficacité, soit dans le traitement des arthropathies, soit dans le traitement de plusieurs autres phlegmasies; mais s'il est utile dans quelques cas, par la méthode indirecte, ce remède n'a-t-il pas aussi ses dangers? Croyez-vous que tous les hommes puissent ingérer impunément de douze à trente grains de calomel par jour pendant une

semaine ou deux. Est-il raisonnable d'acheter l'améliora-tion souvent passagère d'une tumeur blanche, au prix d'une violente entérite, d'une salivation abondante, d'une liquéfaction profonde des liquides?

Avant de mettre en jeu de pareilles armes, souvenez-vous, Messieurs, qu'elles ne peuvent éteindre la lésion externe qu'en faisant naître une autre maladie au dedans. Deman-dez-vous alors si, étant admise, l'affection interne sera moins dangereuse, plus facile à maîtriser que celle de l'extérieur, et si en la déterminant vous avez au moins des chances nombreuses d'amoindrir, ou de dissiper l'autre? En raisonnant ainsi, vous ne vous laisserez point étourdir par ce vain caquetage de commères qui ne frap-pera que trop souvent vos oreilles, et vous sentirez bientôt ce qu'on peut espérer comme ce que l'on doit craindre de la thérapeutique indirecte dans les affections chirurgi-cales.

Néanmoins, ce n'est pas tout. Une lutte a existé de tout temps entre les diverses méthodes, soit directes, soit in-directes, que possède la science contre chaque espèce de maladie; et sous ce rapport vous aurez tous les jours à faire un choix dans la pratique. Une affection étant donnée, peut-on la guérir avec l'instrument tranchant? Oui, mais on vous objectera que l'art consiste à rendre les opéra-tions inutiles bien plus qu'à les pratiquer; que le bistouri est une dernière ressource, et qu'on doit tout faire pour en éviter l'emploi, pour en restreindre les applications. Aussi chante-t-on victoire chaque fois que par des médi-cations, soit directes, soit indirectes, ou d'un autre ordre, on parvient à dissiper l'une des nombreuses lésions qui ne disparaissaient habituellement que par l'action du bistouri. C'est ainsi que la guérison de quelques fistules lacrymales par la méthode antiphlogistique, de certaines tumeurs du sein par la compression ou par les émissions sanguines, des calculs vésicaux sans lithotomie, etc., a été reçue d'a-

bord comme la source d'autant de conquêtes chirurgicales importantes.

La question sur tous ces points me semble mal posée. Il ne s'agit point en effet de savoir s'il est possible de guérir telle maladie sans opération; mais si on la guérit mieux, plus sûrement, et avec une somme moindre de dangers pour la suite.

Prenons pour premier type les tumeurs, les stéatômes du crâne. Une opération simple triomphe très aisément de ces loupes. On voit cependant chaque jour des praticiens s'efforcer de les guérir soit à l'aide de l'acupuncture, de simples topiques, ou des caustiques, etc., etc., et crier à la découverte, au progrès, quand ils réussissent. Gardez-vous, Messieurs, d'en juger ainsi. Avec le bistouri toute la tumeur disparaît en quelques secondes. L'opération est à la fois moins grave et plus facile qu'une saignée; la guérison s'achève en quelques jours au plus tard. Le caustique, au contraire, produit une escarrhe qui ne tombe et ne peut tomber en effet qu'au bout d'une semaine ou deux. Après la chûte de l'escarrhe, il reste la plaie à cicatriser. Le succès de l'acupuncture et des autres topiques est loin d'être constant, et, quand il a lieu, ce n'est qu'après un très long temps. Ici donc, excepté chez les personnes qui ont une répugnance invincible pour le bistouri, c'est rétrograder, que de chercher un remède en dehors de l'instrument tranchant. On guérit aujourd'hui 49 hydrocèles au moins sur 50 par l'injection vineuse ou iodée. Cela n'empêche pas quelques personnes d'essayer encore contre cette maladie soit des liquides résolutifs, ou des pommades de même nature, soit des vésicatoires, et de s'applaudir de leurs rares succès, comme si, de cette façon, le traitement n'était pas cent fois plus long, plus incertain, plus douloureux, que par l'opération.

Avec des saignées, des cataplasmes, des frictions réso-

lutives, des purgatifs, un régime sévère, quelques révulsifs, le tout continué pendant trois mois, six mois, un an, et davantage, on voit quelques fistules lacrymales guérir. Mais outre qu'on échoue souvent, qui ne voit que la santé générale souffre mille fois plus d'un pareil traitement que de la plupart des opérations généralement usitées maintenant? Qui oserait mettre en parallèle une légère incision qui suffit ordinairement avec l'ensemble de tous ces moyens. Là n'est donc point le véritable progrès.

La hernie étranglée est une maladie mortelle en elle-même : le taxis et l'opération en sont les remèdes avoués. Des chirurgiens, oubliant le point capital, voulaient ériger en principe, que le taxis prolongé suffit à peu près toujours, et ils regardaient leur découverte comme une conquête précieuse. Or l'opération de la hernie, dans les conditions où le taxis peut réussir, est à peine dangereuse; elle n'est redoutable que par suite de lésions préexistantes, soit des viscères, soit du péritoine, et alors, le taxis serait infiniment plus dangereux encore que le débridement; en sorte que, tout bien considéré, ce prétendu perfectionnement se réduirait à une innovation meurtrière, si l'expérience de plusieurs siècles ne l'avait pas depuis longtemps condamné à l'oubli.

Le sein, chez les femmes, est très souvent affecté de tumeurs ordinairement rebelles aux moyens pharmaceutiques, et dont l'instrument tranchant est le plus pressant remède. Sans cesse les praticiens s'épuisent à la recherche d'un traitement plus doux. Au fond, c'est un désir très légitime; mais que de distance entre le désir et le fait! Avant de juger il faut tenir compte de tout. La médication affaiblissante, tentée avec quelque suite, il y a vingt ans, sembla réussir dans quelque cas. Depuis on lui a substitué la compression. Chacun sait aujourd'hui qu'on ne guérit point ainsi les tumeurs réellement cancéreuses. Ne voulant pas s'avouer leurs mécomptes, les partisans de ces

méthodes, revenant sur eux-mêmes, se bornent maintenant à soutenir que, si elles ne suffisent pas, elles ont au moins l'avantage de rendre le succès de l'opération plus certain. Autant d'erreurs que d'assertions! La saignée, les sangsues, le régime, certains topiques, une compression bien faite, dissipent les engorgements purement sub-inflammatoires, non circonscrits et dépourvus de tissus nouveaux. Hors de là c'est une méthode pernicieuse. Supposons d'ailleurs que cette méthode suffise quelquefois ; ce sera tout au plus, il faut en convenir, dans les cas simples. Eh bien! l'opération en pareille circonstance, est prompte, facile, sans danger. La compression, les sangsues, le régime, ont besoin au contraire d'être continués pendant six mois, un an et davantage. Ajoutez qu'ils échouent le plus souvent, et dites ensuite si la somme des inconvénients n'est pas en réalité de leur côté. Notez que je parle ici des tumeurs de nature bénigne. C'est pour vous faire pressentir que pour les autres on doit encore moins hésiter. Personne n'a plus vanté, n'a plus employé peut-être la compression que moi, dans les maladies chirurgicales : ce n'est donc pas par prévention contre elle que je cherche à en restreindre quelquefois l'usage.

Au total, vouloir dissiper une masse encéphaloïde, un véritable squirrhe, sans détruire les tissus, est aujourd'hui une véritable folie, et dire que la compression préserve mieux de la récidive que l'opération, est une hérésie qui ne mériterait pas d'être relevée, si elle n'avait été commise par des praticiens d'ailleurs estimables. Tout ce que la compression peut faire, c'est de dissiper l'engorgement accessoire s'il en existe. Mais en attendant, le mal se généralise et s'implante par germe dans les viscères, la santé générale se détériore, et lorsqu'on en vient à l'opération, il n'est plus temps. De deux choses l'une ; ou cet engorgement qu'on tient tant à combattre d'abord est simple, et alors il est inutile d'en tenir compte; ou bien il est de mau-

vaise nature, et dans ce cas, vous auriez tort de l'affaisser au lieu de l'enlever avec la tumeur.

Si en face de semblables ressources le bistouri conserve encore sa prééminence, vous serez au moins forcés, dit-on, d'avouer qu'on peut utilement lui substituer les caustiques. Ce serait une nouvelle erreur. Le caustique a plus d'efficacité que les méthodes précédentes sans doute. Comme l'opération, il détruit, il enlève le mal sans en refouler les éléments à l'intérieur ; mais qui ne sent à l'instant son infériorité quand on le compare à l'instrument tranchant. Les douleurs qu'il cause dure des heures, des journées entières. Pour mortifier la tumeur, il doit escarrifier la peau. Son action inégale en fait une arme des plus infidèles. Le couteau enlève ou ménage tout ce que l'on veut : avec lui en deux minutes tout est fait ; il produit une plaie qu'on peut fermer sur le champ. On sait de suite à quoi s'en tenir sur l'anéantissement des tissus malades. Je suis presque honteux, Messieurs, de revenir là-dessus. Car que sont les caustiques en dernière analyse, sinon des agents destructeurs comme le couteau? Vouloir les substituer au bistouri, quand l'alternative est permise, n'est-ce pas au fond mettre un instrument, grossier, aveugle, à la place de l'instrument le mieux acéré, le plus intelligent qui ait été inventé jusqu'ici? Disons-le donc sans crainte, proposer les caustiques à la place de l'instrument, c'est reculer de vingt siècles, c'est briser l'épée pour un couteau de bois ! Il n'en résulte pas néanmoins qu'il ne faille jamais traiter les tumeurs du sein par les moyens affaiblissants, la compression ou les caustiques. Il est au contraire des cas où la médication indirecte est presque exclusivement nécessaire ; d'autres où les sangsues, les pommades, le bandage compressif, conviennent mieux ; quelques uns ou les escarrotiques doivent être préférés ; mais je parle ici de la règle et non des exceptions.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer, ont uniquement pour but d'appeler votre attention, quand il s'agira

de thérapeutique, dans un cercle plus large que celui où on la tient généralement renfermée. Je voudrais vous convaincre par là d'une vérité qui peut avoir sur vos études, sur tout votre avenir médical, une influence extrême.

Les questions de thérapeutique sont toutes des questions complexes. Soyez-en bien persuadés, celui qui les remue sans en embrasser les éléments divers, les embrouille souvent, mais ne les éclaircit jamais. Partant de ce principe, vous n'imiterez point ceux en trop grand nombre, qui s'imaginent faire marcher la science, parce qu'ils ont inventé ou retrouvé quelque méthode. Vous sentirez que toujours et avant tout, il faut se demander en médecine, non pas s'il est possible, mais bien s'il est convenable de guérir certaines maladies chirurgicales sans opération. Appuyés sur cette base, vous ne prendrez pas un parti, vous ne déciderez pas les questions par cela seul que vous aurez été témoins de quelques succès inattendus; vous étudierez d'abord les faits, et vous tâcherez de savoir si le diagnostic a été bien établi; vous comparerez ensuite le traitement nouveau avec l'ancien, vous prendrez la somme du bon et du mauvais des deux côtés, et vous ne vous laisserez pas éblouir par le début des traitements doux; il faudra en examiner toutes les phases et tout peser : la durée, la difficulté, la certitude de l'un et de l'autre, leurs suites (car c'est pour l'avenir surtout qu'on veut être guéri) seront mises dans la balance. En procédant avec cette logique, vous serez moins prompts à vous enthousiasmer; mais vos jugements auront plus de valeur, et vos opinions seront moins souvent obligées de changer.

Il vous sera facile de comprendre maintenant que les opérations forment en réalité la thérapeutique la plus directe et la plus sûre, comme la plus expéditive de toutes; vous saurez par la même raison que, s'il est louable de chercher à s'en dispenser, ce doit être à la condition de guérir aussi sûrement et avec moins de ris-

ques, si ce n'est aussi rapidement. Vous devinerez en outre que rien n'est absolu dans nos remèdes, que le bistouri, qui devrait être mille fois préféré dans tel lieu par exemple, sera formellement rejeté dans telle autre région par un chirurgien prudent; que chez certains malades on est trop heureux de pouvoir substituer quelque autre moyen à l'opération, tant ils abhorrent jusqu'au nom de l'instrument; que dans quelques circonstances, la guérison est si facile, si assurée de toute façon, qu'il est permis de suivre presque indifféremment, tantôt telle méthode, tantôt telle autre; vous admettrez enfin que tous les moyens qui guérissent véritablement doivent être conservés, et que le tout est de les appliquer à leur place à temps et convenablement. Vous vous ferez dès lors une idée de ce qu'est la thérapeutique, des études et des conditions intellectuelles qu'elle nécessite; vous en suivrez longtemps et attentivement les effets au lit des malades; vous ne vous hâterez ni d'adopter ni de rejeter, soit les essais dont je vous rendrai témoin dans cet hôpital, soit les résultats que je vous communiquerai dans cet amphithéâtre.

Avant de pratiquer une opération chirurgicale, vous n'oublierez pas, Messieurs, les devoirs qu'elle impose, les connaissances qu'elle exige. Il faut d'abord se mettre en état de la bien faire. On s'occupe ensuite des précautions qu'elle réclame, des soins qu'elle nécessite, du bien et du mal qui peuvent en résulter pour le malade.

Par des exercices sur le cadavre, il est possible de simuler l'amputation des membres, la ligature des artères, toutes les opérations qui portent sur des tissus sains; mais rien de semblable ne peut avoir lieu pour les sarcômes du visage, l'amputation de la mâchoire supérieure, l'extirpation de la parotide, celle du corps thyroïde, des kystes de l'intérieur du ventre, etc., etc.; aucun de vous ne doit ignorer que les idées qu'on puise dans les amphithéâtres relativement à la ligature des polypes, à l'excision du col utérin, à

l'opération des fistules du périnée ou de l'anus, à l'opération de la hernie étranglée, sont d'un très faible secours quand il s'agit de porter l'instrument sur l'homme malade. Aussi, a-t-on vu tel chirurgien, qui croyait bouleverser toute la médecine opératoire, après avoir imaginé de nombreux procédés, en faisant manœuvrer les élèves sur les sujets de dissection, être obligé d'oublier ses prétendues réformes ou de n'en plus parler, une fois arrivé à la tête d'un service d'hôpital. Le dirai-je, Messieurs, je n'ai point été moi-même exempt de ce travers d'esprit. Dans les pavillons de l'école pratique, je me suis donné, comme tant d'autres, le mérite facile d'inventer de nouveaux procédés, et je me serais volontiers fâché contre ceux qui m'en faisaient un reproche. Une fois à l'œuvre, dans les hôpitaux, j'ai changé de ton; là, j'ai bientôt reconnu que la plupart de mes découvertes d'amphithéâtre s'étaient souvent réduites pour moi non à *faire mieux*, mais au stérile plaisir de *faire autrement* que les autres.

Est-ce à dire pour cela qu'il faille négliger ce genre d'exercice? Vous auriez tort de le croire. Nul ne peut être chirurgien habile à moins de s'être longtemps occupé de telles épreuves; elles donnent de l'aplomb, de la sûreté, une aptitude manuelle que les notions anatomiques les plus précises ne remplacent point; je veux dire seulement que ce n'est pas tout, même pour les opérations réglées.

Si l'œil est plus flasque, moins transparent sur le cadavre, rien ne donne alors l'idée, quand on simule l'opération de la cataracte, de la tendance du corps vitré à s'échapper, des paupières à se contracter, des larmes qui s'écoulent sans cesse pendant la vie. Lorsqu'on ampute un membre, les tissus plus fermes, mieux tendus, sont plus faciles à trancher, il est vrai, avant qu'après la mort; mais, dans ce dernier cas, on n'a point de rétraction à craindre, point de sang qui gêne ou inquiète, point à voir si certaine hémorrhagie ne se fait pas plutôt par un

vaisseau que par l'autre. Pour peu qu'une artère soit profonde, on ne la découvre point sans diviser quelques ramuscules vasculaires dont le fluide masque assez les parties pour en rendre la distinction plus ou moins embarrassante; tandis que sur le cadavre rien d'analogue ne se rencontre. Le battement des vaisseaux qui, au premier coup d'œil, semble offrir une compensation, est si peu manifeste pendant la vie, si vague au fond de la plupart des plaies, qu'on ne peut réellement en tirer qu'un assez faible avantage. Dans la trachéotomie, l'œsophagotomie, est-il possible de simuler la moindre partie des embarras qui naissent des plexus veineux et des nombreuses artères du cou? On n'opère point de la fistule lacrymale sans que l'angle oculaire ne soit empâté, ulcéré, plus ou moins altéré. Les mouvements du gosier, les envies de vomir, les mucosités et le sang, l'état d'angoisse où tombe à chaque moment le malade qu'on opère d'une hypertrophie des amygdales, d'une bifurcation du voile du palais, ne se retrouvent point sur le cadavre. La carie, la nécrose, qui rendent la résection d'une jointure indispensable, altèrent constamment et d'une manière profonde les parties molles environnantes; d'où il suit qu'aucune comparaison n'est possible entre ce qu'on est forcé de faire alors et les essais auxquels on a pu se livrer à la salle des morts. Ici pourtant on sait quel est le nombre et la situation des lames ou des organes à diviser, où est la partie qu'on veut enlever ou perforer; mais qu'une tumeur d'un certain volume vienne à se développer au périnée, je suppose, de quel secours les manœuvres cadavériques seront-elles au chirurgien pour l'extirper? Et ne voyez-vous pas, Messieurs, que ceci s'applique à l'aisselle, au cou, à l'aine, à l'abdomen, à tous les autres points du corps enfin aussi bien qu'au périnée? Sans le répudier, il ne faut donc pas trop accorder à ce genre d'étude préparatoire.

Les *vivisections* qui, sous ce point de vue, ont infiniment

plus de valeur que les manœuvres cadavériques, n'en ont pas d'un autre côté tous les avantages. Les formes étant rarement semblables, on n'obtiendrait à leur aide que des résultats fautifs si on voulait conclure rigoureusement des animaux à l'homme. Il importe ensuite, pour étudier une opération à tête reposée, avec tout le soin nécessaire, de la pratiquer sur un cadavre et non sur un être encore doué de la vie.

Au demeurant, si pour pratiquer convenablement les opérations, le chirurgien a besoin de connaître et l'anatomie proprement dite et l'anatomie chirurgicale, soit générale, soit topographique, de se livrer à des exercices sur le cadavre et sur les animaux, il faut donc qu'il ait en outre des notions exactes sur l'anatomie pathologique et une grande habitude d'agir sur l'homme lui-même.

Avant de pratiquer une opération, il faut en saisir les indications. C'est alors que les connaissances médicales les plus précises deviennent surtout indispensables. Après avoir établi que la guérison est plus difficile, ou même impossible de toute autre manière, il faut encore être sur que le malade court moins de dangers en s'y soumettant qu'en restant sous le coup de l'affection qui la nécessite. On prête sous ce rapport à Dupuytren un axiome que je ne puis admettre : « On ne doit, aurait dit ce grand praticien, recourir aux opérations que : 1° Quand elles sont le seul moyen indiqué ; 2° quand on a vainement essayé tous les autres remèdes ; 3° quand elles forment une dernière ressource ; 4° quand on est sûr de pouvoir les terminer ; 5° quand il doit en résulter une guérison complète et durable.

Pour moi je soutiens qu'elles sont préférables quand, comparées aux autres ressources de la thérapeutique et aux inconvénients actuels de la maladie, elles offrent et plus d'avantages et moins de dangers.

On opère et avec raison une foule de tumeurs qu'il serait à la rigueur possible de guérir à l'aide des caustiques

ou de certaines pommades. Il est inutile d'essayer tous les autres remèdes avant d'opérer l'hydrocèle, les cancers, la cataracte. Dans le phymosis, le bec de lièvre, les abcès, l'opération doit être la première bien plutôt que la dernière ressource. On va à la recherche d'un étranglement, d'un corps étranger, d'une artère, sans être sûr de réussir, de compléter l'opération. La ponction de l'abdomen, de la vessie, du thorax, l'arrachement des polypes du nez, sont pratiqués chaque jour, bien qu'il n'en résulte en général qu'un soulagement d'une durée variable. S'il est cruel de soumettre à l'action du fer ceux qu'on peut traiter d'une manière plus douce, il serait encore moins conforme aux intérêts bien entendus de l'humanité de compromettre la santé future du sujet, sous le vain prétexte de le soustraire d'abord à quelques douleurs. La plus légère piqûre est une porte ouverte à la mort, il est vrai, mais cet axiome, qui s'applique aux morsures de sangsues, à la saignée, aux cautères, aux sétons, comme aux grandes opérations, n'empêche point et n'empêchera jamais de recourir aux émissions sanguines, aux révulsifs ni aux exutoires.

N'ayant en vue que le succès de ses opérations, le chirurgien doit voir en outre si la saison ou les temps lui sont favorables. Si, tout étant égal d'ailleurs, le printemps et l'automne conviennent mieux sous ce rapport que l'hiver et le cœur de l'été, ce n'est pas seulement à cause de leur température plus douce, mais bien aussi parce que l'organisme est alors dans de meilleures conditions pour résister aux réactions morbifiques générales. Il est permis d'après cela de ne pratiquer la taille, la lithotritie, l'ablation de larges tumeurs et toutes les opérations qui ébranlent fortement les fonctions, que dans les saisons tempérées. Le tout est de ne pas accorder trop d'importance à cette précaution, de savoir qu'il n'y a pas d'époque capable de rendre absolument impossible la réussite d'une opération quelle qu'elle soit, et que la question des saisons en pareille

matière, ne peut être en définitive qu'une affaire de *mieux* ou de *moins bien*. J'opère ici la cataracte, la pierre de la vessie, les tumeurs du sein, l'hiver et l'été presque indifféremment, et je n'ai pas vu que les succès ou les insuccès dépendissent d'une saison plutôt que d'une autre.

Nul doute que l'existence d'une épidémie soit un motif puissant de temporisation, et qu'il ne faille avoir égard aux constitutions morbifiques du moment; mais il est clair aussi que les opérations d'urgence ne peuvent point être arrêtées par une considération semblable. Une hernie étranglée, une blessure d'artère, une plaie des intestins, le croup, un corps étranger dans l'œsophage, ne la comporteraient point.

Pelletan et Dupuytren étaient dans l'habitude de garder les malades quelque temps à l'hôpital avant de les opérer, afin, disaient-ils, de les acclimater. D'autres praticiens, Pouteau, M. Viricel dans les hôpitaux de Lyon, M. Champion à l'hôpital de Bar-le-Duc, ne se comportent ainsi que s'il ne leur a pas été possible d'opérer d'abord. Les règles sont difficiles à poser ici; l'atmosphère, le régime, l'exercice, vont constituer une vie toute nouvelle pour la plupart des gens qui vous serviront de sujets d'étude, et on ne peut disconvenir que pour les personnes de la campagne surtout, cette brusque transition soit une cause redoutable de maladie. Un homme affecté d'anus contre nature arrive d'une province éloignée, et veut être opéré immédiatement; je résiste, le troisième jour il est pris d'un érysipèle gangréneux et meurt le cinquième. L'opération de la fistule lacrymale que me demandait un maçon de la campagne fut reculée de quelques jours. Une péritonite survint et tua le malade en quarante-huit heures. Un autre paysan me priait de lui extirper sur le champ un œil cancéreux, afin de retourner au plus vite à ses travaux; il devint la proie d'un érysipèle de mauvaise nature qui le fit périr en peu de jours! L'heure était arrêtée pour l'enlèvement d'un polype

de l'utérus chez une paysanne d'ailleurs bien portante. Tous les symptômes d'une violente péritonite se montrèrent le matin même, et la mort eut lieu le troisième jour. Un fait semblable s'est offert à M. Vidal dans le mois de septembre 1838, lorsqu'il était chargé par interim du service de cet hôpital. Une femme hydropique désirait que je tentasse chez elle une injection irritante; j'y étais presque décidé un matin, au moment de la visite; quand je retournai la voir après la leçon, elle était en proie à une péritonite intense! L'opération n'aurait point empêché, vous le devinez sans peine, de tels accidents de survenir, et chacun de vous comprendra que si, cédant aux instances des malades, je l'eusse pratiquée, elle eût assumé sur elle la responsabilité des malheurs qui lui sont arrivés.

Il est certain d'un autre côté, qu'en les opérant de suite, on débarrasse les malades d'une cause d'ennui, de tourments, de souffrances morales, qui a bien aussi ses dangers. A ce sujet donc rien d'absolu encore. Pour les opérations légères ou d'une gravité médiocre, de la cataracte, de la fistule lacrymale, du bec de lièvre, la staphyloraphie, l'excision des tonsilles, par exemple, et pour celles dont le but est de remédier à de vives douleurs, à quelques maladies graves, la temporisation me paraît inutile. Pour les grandes amputations, les extirpations des tumeurs volumineuses, la taille, les opérations d'anévrysme, si la vie n'est pas actuellement compromise, il est au contraire prudent, je crois, d'attendre quelques jours et de ne pas se presser.

Chez les enfants on peut ne pas opérer de prime abord la tumeur lacrymale, les tumeurs érectiles, l'hydrocèle, les tonsilles hypertrophiées, parce que le développement du sujet suffit assez souvent pour faire disparaître ces maladies. On recule aussi quelquefois devant l'opération de l'hydrocèle, de la cataracte, de la pupille artificielle chez les vieillards, par la raison que ces opérations offrent alors

moins de chances de succès, et qu'au déclin de la vie, elles perdent une grande partie de leurs avantages.

Sous le point de vue moral, il importe d'abord d'inspirer aux malades une confiance illimitée; et chacun sait que la confiance s'acquiert de mille manières différentes. Il faut persuader à la personne souffrante que l'opération est ce qu'on peut opposer de mieux à ses maux, et la désabuser, si elle s'en exagère les dangers. Le chirurgien doit tout faire, sans sortir néanmoins des bornes de la vérité, pour que le malade désire, réclame lui-même l'opération et en voie arriver l'instant sinon avec plaisir, du moins avec résignation.

On a sous ce rapport deux sortes de gens à rassurer; les uns, d'une pusillanimité extrême, s'effraient tellement à l'idée du moindre coup de bistouri, que c'est un devoir de les tromper sur la durée et l'acuité des douleurs qu'ils vont éprouver, ainsi que sur les dangers auxquels on va les exposer. Les autres, et vous en verrez plusieurs de cette espèce dans les hôpitaux, s'imaginant qu'on va les opérer, bon gré mal gré, ne parlent au chirurgien que d'un air inquiet, et restent dans des transes continuelles, jusqu'à ce qu'on ait détruit chez eux cette erreur.

A ce sujet on s'est demandé s'il était bon de prévenir les malades du jour et de l'heure de l'opération. Là encore on peut répondre *oui* et *non*. Règle générale : les opérations à jour et à heure fixés qu'on adoptait autrefois dans les établissements publics, et que Pouteau compare à des espèces d'autodafé, sont mauvaises. Aussi ai-je eu soin d'éteindre complètement cette habitude à la Charité où il en restait encore quelques traces lorsque j'en pris le service; mais cela ne veut pas dire qu'il faille cacher à tous les malades ce qu'on veut leur faire jusqu'au dernier moment.

Aujourd'hui on ne porterait plus à la salle d'opération, comme cela se faisait, dit-on, quelquefois à l'hospice de Lyon, un homme bien portant pour le tailler à la place

d'un calculeux, parce que les deux malades auraient été changés de lit la veille! Si quelques dentistes arrachent encore parfois une bonne dent à la place de la dent cariée, il n'est plus à craindre de nos jours que les chirurgiens aillent porter le bistouri sur un homme sain au lieu d'opérer l'homme malade. Si quelques êtres ont besoin d'être opérés à leur insu, d'être pour ainsi dire pris à l'improviste, il en est une foule d'autres qu'on doit accoutumer au contraire insensiblement à l'idée de l'opération, qui ont besoin d'en connaître, d'en raisonner les détails et d'en savoir l'époque longtemps d'avance.

La pratique montre encore deux autres espèces d'hommes eu égard à leur état moral. Ici viennent se ranger ceux qui, ne se doutant pas des risques qu'ils courent et tenant à faire bravade de leur courage, se soumettent en quelque sorte malgré tout le monde au couteau de l'opération, et se font orgueil d'en supporter les coups sans se plaindre. La seconde classe dont je veux parler comprend les personnes naturellement timides ou très impressionnables qui après avoir hésité longtemps, rassemblent enfin toutes leurs forces et se contraignent au point de ne pas pousser un cri et d'étouffer jusqu'à la plus légère plainte.

On se fait à peine une idée de l'influence des secousses morales sur la marche des maladies. La frayeur du pape Innocent fut si grande, dit St-Augustin, quand on lui annonça qu'il avait besoin d'être opéré une seconde fois de la fistule à l'anus, qu'on ne trouva plus le lendemain qu'une cicatrice ferme et solide à la place des sinus et des clapiers qui existaient la veille! Une hémorrhagie, qui ne cédait à rien, s'arrêta brusquement quand Collot dit au malade qu'il était en danger, et qu'il fallait mettre ordre à ses affaires!

A. Petit est au contraire parvenu plusieurs fois à suspendre des hémorrhagies en dissipant la frayeur dont les opérés étaient accablés. Arrivant en toute hâte près d'un homme qu'il avait opéré le matin et qui avait eu déjà plu -

sieurs syncopes par suite d'une hémorrhagie, J. L. Petit, mit un terme aux dangers que courait le malade en lui disant d'un air calme et de satisfaction que cette hémorrhagie était un bien, que sans cela il eût fallu employer sur le champ la saignée.

Il est quelquefois utile de calmer, de réprimer le courage de certains malades, autant que de détruire les craintes et la timidité des autres. Un stoïcisme factice n'est pas plus favorable au succès des opérations qu'une extrême pusillanimité. Aux premiers, il faut montrer toute la gravité du parti qu'ils prennent, et le besoin de ne pas s'y décider avec tant d'irréflexion. On s'efforce de faire entendre aux autres que le courage affecté ne tient jamais lieu de courage réel, qu'il est aussi dangereux de retenir ses plaintes qu'inutile de les exagérer; rien n'est d'un plus mauvais augure que ces résolutions forcées, que ces fanfaronades de calme ou de résignation. Il semble que la vie s'épuise en se repliant sur elle-même, au point de rester ensuite incapable de résister à l'attaque qui vient de lui être portée. Le fait est que les opérations pratiquées dans de telles conjonctures ont généralement une issue moins favorable que les autres, et qu'il faut s'en défier.

Il est des cas où la maladie est grave et l'opération bien indiquée; mais le malade se refuse formellement à ce qu'on la pratique. Doit-on alors l'opérer malgré lui? A cette question qui m'a souvent été faite, je réponds *non*, si la personne est adulte et n'a point l'esprit aliéné; *oui*, s'il s'agit au contraire d'un enfant ou d'un malade en démence. La famille tout entière le demandât-elle, que le chirurgien serait blâmable, à mon avis, d'opérer de force un malade qui jouit de ses droits civiques.

Une femme en travail est prise d'une rupture de matrice; l'enfant passe dans le péritoine; elle va mourir; on lui parle de la gastrotomie; elle n'en veut entendre parler à aucun prix malgré les instances de sa famille; on veut que

je l'opère malgré elle; je m'y refusai formellement, et la mort eut lieu le lendemain.

Un malade affecté de hernie étranglée était confié aux soins de M. Briquet ; toutes les tentatives possibles de réduction avaient échoué ; la vie ne pouvait pas résister longtemps ; rien ne put décider cet homme à l'opération. Fallait-il passer outre et agir malgré lui, comme le proposaient quelques personnes, comme un chirurgien d'Italie avoua qu'il l'eût fait à ma place? Je ne m'y crus point autorisé, et je laissai mourir le récalcitrant.

Notre devoir à nous est de montrer aux hommes ce qui convient le mieux à leurs maux, de les éclairer sur les dangers auxquels ils s'exposent en ne se soumettant pas au remède convenable; mais il leur reste, à eux, le droit de faire ou de ne pas faire ce que nous conseillons. Il en est autrement des enfants et des fous, parce que n'ayant pas leur libre arbitre, ne craignant que la douleur, ceux-ci ne savent point se soustraire aux dangers de l'avenir ; encore faut-il en pareil cas ne rien tenter sans l'aveu des parents. Il est quelquefois permis cependant d'opérer certains malades non pas absolument malgré eux, mais à leur insu, ou par surprise. Les opérations promptes, faciles, les simples incisions, les ouvertures d'abcès, l'excision de petites loupes pédiculées, l'enlèvement d'un ongle en partie détachée, qnelques opérations d'hydrocèle, seraient dans ce cas chez des individus pusillanimes ou très craintifs.

Ne point opérer sans être sûr d'emporter tout le mal est une règle qui comporte une infinité d'exceptions. La pratique de cet hopital a prouvé que l'extirpation des tumeurs lymphatiques doit être tentée, même quand il est impossible de les enlever toutes. Un phthisique, un paralytique, un sujet affecté d'anévrysme au cœur, de lésion cancéreuse, n'en devraient pas moins être amputés sur le champ, s'ils se broyaient un membre. Ces maladies n'empêcheraient pas non plus de pratiquer l'opération de la hernie étran-

glée, de l'anévrysme, ni de la trachéotomie, si elle était d'ailleurs bien indiquée ; mais on doit avertir auparavant la famille du but qu'on se propose, et ne mettre alors le bistouri à la main que pour des cas d'urgente nécessité. Hors de là, *il vaut mieux attendre la mort, que de courir au-devant.*

Dans quelque cas la maladie est tellement avancée qu'il n'y a presque plus rien à espérer de l'opération. Alors que faire? En n'opérant pas, la mort est certaine. Mais au bout de combien de temps? Si on opère, un malade sur 10, sur 20, sur 30 peut-être, sera sauvé ; mais les autres succomberont un mois, un an plus tôt. S'il est juste de dire avec Celse, *melius anceps remedium quam nullum*, il l'est aussi que *mieux vaut laisser mourir les malades que de les tuer.* Vous voyez par là, Messieurs, dans quels embarras vous ne manquerez pas de vous trouver un jour. En supposant que l'opération soit très dangereuse par elle-même, et qu'elle n'offre pas plus d'une chance de succès sur dix, ce serait, selon moi, compromettre la chirurgie, que d'y soumettre le malade. L'extirpation de la matrice non déplacée, du corps thyroïde en totalité, de toute la mâchoire inférieure, la ligature de l'aorte, du tronc innominé, sont dans ce cas. Avec des chances plus nombreuses, au contraire, et si, malgré ses dangers, l'opération est d'une exécution assez facile, il n'y a point à hésiter ; c'est un cas de conscience devant lequel un chirurgien ne doit pas reculer. Tels sont certains cas de hernie étranglée, dans lesquels une péritonite étendue, ou la probabilité de gangrène, rendent le succès de l'opération pour ainsi dire impossible. Appelé au dixième jour d'un étranglement herniaire chez un homme, je constate tous les symptômes d'une péritonite avec épanchement; je l'opère cependant, et il meurt le lendemain. Aidé de M. Lacrose, j'opère une dame qui était dans les mêmes conditions, et qui succomba de même. Un cas analogue s'est présenté à la Charité en 1837. Eût-il mieux valu

abandonner ces malheureux? Ici la mort sans l'opération n'était pas seulement inévitable, elle devait encore être prompte et précédée de violentes douleurs. J'opérai parce que, en elle-même, l'opération ne pouvait point abréger la vie; puis, parce que sur huit ou dix malades que j'ai soumis à la herniotomie dans des conditions aussi malheureuses, il s'en est enfin rétabli deux.

Presque toutes les préparations, soit hygiéniques, soit médicamenteuses, auxquelles on soumettait autrefois les malades, ont été abandonnées par les modernes; ce ne sont au fond, dit Pouteau, qu'une longue *méditation sur la douleur*. Il en est quelques unes cependant qui méritent d'être conservées lorsque la nature des lésions permet de temporiser. Toute opération assez importante pour exiger immédiatement après elle une diète absolue pendant un certain nombre de jours, et pour déterminer une véritable réaction générale, a besoin qu'on la fasse précéder d'une diminution progressive des aliments, d'une tisane légèrement délayante, de quelques émissions sanguines, de boissons laxatives ou de quelques lavements, etc., etc.

On s'est beaucoup occupé des moyens de pratiquer les opérations sans causer de douleurs. Les anciens croyaient y parvenir en passant sous le nez du malade une éponge imbibée d'opium, d'eau de morelle, de jusquiame ou de laitue. Une autre éponge chargée de vinaigre, de jus de fenouil ou de rue, pressée contre les narines ou les oreilles servait ensuite à réveiller l'opéré. La pratique générale du temps de Guy de Chauliac consistait à donner de fortes doses d'opium à l'intérieur; on a cru mieux réussir depuis à l'aide d'une courroie fortement serrée au dessus du point où le couteau doit être porté. Cette dernière méthode, qu'un médecin de Caen, M. Liegard, vient de préconiser encore, est peut-être trop complètement rejetée aujourd'hui. Je la crois du moins préférable à la compression des troncs nerveux, conseillée par

Moore et B. Bell. Revenant sur l'habitude des anciens, M. Hirckman a soutenu, il y a quelques années, qu'on peut effectivement pratiquer les opérations les plus graves sans causer de douleurs, si, avant de commencer, on fait inspirer aux malades une certaine quantité de gaz stupéfiant.

Le magnétisme n'a pas été oublié non plus. Tous les journaux ont parlé il y a quelques années d'une extirpation de sein pratiquée sans que la malade s'en soit aperçue. On sait aussi qu'une dame, étant dans le sommeil magnétique, subit, dit-on, sans se réveiller l'extraction d'une dent molaire; mais tout porte à croire qu'en pareil cas, les opérateurs trop crédules auront été trompés par l'impassibilité ou la fourberie de certains malades et de quelques compères.

Ces exemples d'impassibilité sont d'ailleurs loin d'être rares en chirurgie. Le comte de Mansfeld se fit couper un bras au son de trompes. Lapeyronie, auquel on devait enlever la jambe, disposait lui-même le matin, sur son lit, l'appareil et les instruments nécessaires. Un paysan alla jusqu'à amputer sa propre jambe avec une scie grossière, dit Scharschmidt. M. Champion m'a parlé de deux femmes et de quelques hommes qui lui ont montré le même calme et la même résignation. J'ai amputé la cuisse à trois malades qui n'ont pas jeté le moindre cri pendant l'opération. On trouve dans la collection de Bonnet l'exemple, répété dans ce siècle par M. Clevel, d'un calculeux se pratiquant lui-même l'opération de la taille. Un homme fort et très impressionnable causa tranquillement avec les aides pendant que je l'opérais ici même dans cet amphithéâtre d'un sarcocèle volumineux, et sans avoir l'air d'éprouver la moindre douleur.

Au total, éviter la douleur par des moyens artificiels, est une chimère qu'il n'est plus permis de poursuivre aujourd'hui. Instruments tranchants et douleur sont des mots qui ne se présentent point les uns sans les autres à l'esprit du malade, et dont il faut nécessairement admettre l'asso-

ciation quand il s'agit d'opérations. Les efforts des chirurgiens doivent se réduire à rendre la douleur des opérations la moins vive possible sans diminuer la sûreté du résultat principal. La prétention de ceux qui croient atteindre ce but en ne se servant du bistouri qu'après l'avoir trempé dans l'huile ne me paraît aucunement fondée. S'attachant aux porosités de la plaie, l'huile aurait même l'inconvénient de gêner la circulation des fluides, l'exsudation des matières plastiques et l'agglutination des surfaces saignantes. On ne peut nier, toutefois, qu'immergé dans l'eau chaude, ou élevé de toute autre manière un peu au dessus de la température du corps, l'instrument ne soit supporté avec moins de souffrance par les malades que s'il était froid; mais, en dernière analyse, la différence n'est pas assez grande pour que cette précaution puisse être généralisée dans la pratique. C'est à la main de l'opérateur, puis aux qualités du bistouri, et non à de pareils accessoires, qu'il faut s'adresser pour obtenir le remède cherché. Ayez une main légère et sûre, un bistouri bien acéré, donnez du premier coup à l'incision la longueur et la profondeur qu'elle doit avoir, si vous le pouvez sans danger, agissez avec promptitude et sans hésiter, donnez à la plaie plutôt un peu plus que moins d'étendue, sans la prolonger inutilement, et vous n'aurez à redouter d'autres douleurs que celles qui sont inhérentes à l'opération, et que rien au monde ne peut en détacher.

Avec tout cela, si le chirurgien manque de sangfroid, il est d'une haute importance dans tous les cas où l'opération entraîne quelque responsabilité sérieuse, qu'il s'entoure de confrères ou d'aides habiles. Les jeunes praticiens surtout ont ainsi besoin d'appeler autour d'eux des hommes en réputation quand ils se décident à exécuter de graves opérations. Se procurant par là plus d'assurance et de garantie, ils se mettent à l'abri de tout malheur et de tout reproche, s'il arrivait quelque chose d'imprévu. On

cite sous ce rapport un exemple que les grands maîtres devraient se rappeler quelquefois eux-mêmes, et par lequel je terminerai. Maréchal voulait ouvrir un abcès du foie dont Leblanc, alors ministre, était affecté; Morand, encore élève, empêcha son maître d'enfoncer le bistouri à côté du dépôt. Plus tard le ministre présenta Maréchal à sa famille comme celui qui lui avait sauvé la vie; mais le chirurgien montrant Morand, dit : C'est à ce jeune homme que vous la devez, car sans lui je vous tuais !

—

ARTICLE PREMIER.

OPHTHALMIES (1)

Considérations générales.

Les auteurs qui se sont occupés d'une manière spéciale des maladies des yeux sont en très grand nombre, et chaque jour voit encore paraître sur ce sujet quelque production nouvelle plus ou moins remarquable. L'œil en effet est un organe si important et il est exposé à un si grand nombre de maladies qu'on s'explique facilement comment il se fait qu'on se soit tant occupé de lui, et pourquoi il tient une si grande place dans les cadres nosologiques.

Quelques considérations générales sur cet organe ne seront point déplacées, je crois, avant d'entamer l'histoire de quelques unes de ses maladies les plus importantes.

L'œil a une organisation des plus compliquées, il résume en effet à lui seul, presque tout l'organisme. Outre quelques éléments anatomiques spéciaux, on y retrouve à peu près tous les tissus qui entrent dans la composition du corps humain. On y voit les éléments celluleux, vasculaire, fibreux, musculaire, cartilagineux, séreux, muqueux, nerveux, etc., etc., un appareil de sécrétion et d'excrétion, et de plus, le cristallin, le corps vitré, la choroïde, la rétine, etc., etc. Ces divers tissus et éléments anatomiques spéciaux, ont, comme dans toutes les autres régions du corps, leurs lésions propres; dès lors, on conçoit combien les maladies de cet organe doivent être nombreuses et pour-

(1) Les leçons que M. Velpeau a faites sur les ophthalmies en 1838, sont au nombre de vingt-trois. Depuis le 31 janvier jusqu'au 21 avril de cette année, il consacra régulièrement le mercredi et le samedi à faire une leçon spéciale sur ce sujet.

quoi on y revient si souvent. Déjà du temps de *Galien* les maladies des yeux étaient fort étudiées et on avait décrit un très grand nombre d'entre elles. Des médecins s'occupaient alors exclusivement de cette branche de l'art de guérir, et cela ne doit point étonner puisqu'à l'époque de ce grand homme, chaque organe était le sujet d'une spécialité médicale. Toutefois, depuis *Galien* jusqu'au seizième siècle, on ne publia aucun ouvrage important sur les maux d'yeux, et, chose remarquable, c'est en France, pays auquel on reproche actuellement d'être resté en arrière des autres nations pour ce qui concerne l'étude et le traitement des maladies de l'organe de la vision ; c'est en France, disons-nous, qu'on s'occupa d'abord de ce sujet. *Guillemeau*, en effet, a le premier donné une classification des maladies de l'œil, porté leur nombre à cent treize et donné à chacune d'elles un nom particulier. Depuis *Guillemeau*, les auteurs français ont toujours donné dans leurs ouvrages de pathologie une grande place aux maladies des yeux; et à la fin du dix-septième siècle, dans le cours du dix-huitième et au commencement du dix-neuvième, on vit paraître dans notre pays plusieurs ouvrages d'auteurs dont les noms sont restés dans la science et y font encore autorité; nous citerons parmi eux *Saint-Yves*, *Maitre Jean*, *Guérin*, *Janin*, *Pellier*, *Daviel*, *Brisseau*, *Wenzell*, *Demours*, *etc.*

Des travaux importants se faisaient aussi à l'étranger à la même époque; c'est ainsi que nous trouvons en Allemagne *Beer*, *Richter*, *Zing*, *Himly*, *Schmidt*, *Weller* (1); en Angleterre, *Ware*, *Woolhouse ;* en Italie, *Scarpa* (2), qui a fondé une école si brillante. La France peut donc, ainsi que nous le voyons, lutter avec avantage contre l'é-

(1) *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, par *Weller*, trad. de l'allemand par Riester, avec des notes par Jallat, et un supplément par Sichel sur l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose. 1832-1837. 3 vol. in-8., fig. col.

(2) *Traité des maladies des yeux*, trad. de l'italien par MM. Bousquet et Bellanger. 1821. 2 vol. in-8., fig.

tranger en fait de travaux ophthalmologiques. Mais ceci est applicable au dix-huitième siècle seulement, car on reproche à notre patrie d'être restée stationnaire depuis cette époque, et de ne pouvoir opposer des hommes habiles dans la connaissance des maladies des yeux, tels que, parmi les Allemands, *Jæger*, *Rosas*, *Jungken* et surtout *Beer*, lequel a fait une école qui a des représentants dans toute l'Europe, école qui jouit d'une grande célébrité et qui tend depuis plusieurs années à faire irruption en France. *Saunders*, *Wardrop*, *Travers*, *Mackensie*, chez les Anglais; *Fabini*, *Quadri*, etc., etc., en Italie. C'est une erreur, Messieurs, car sans vouloir insister sur la manie qu'on a toujours chez nous de voir en beau ce qui est loin et de faire peu de cas de ce que l'on a sous la main, nous trouverons dans les journaux et écrits périodiques, dans divers traités de pathologie des articles de plus haut mérite sur les maux d'yeux. Nous avons aussi bon nombres d'ouvrages spéciaux sur ce sujet. N'avions-nous pas encore il y a peu d'années, des oculistes célèbres dans toute l'Europe, *Demours*, *Wenzell*, *Forlenze*; n'en possédons-nous pas encore de fort distingués ? et peut-on regarder comme si inférieurs en ophthalmologie les travaux des chirurgiens français, tels que *Dupuytren* (1), *Boyer*, MM. *Roux*, *Sanson*, etc., etc. ? Moi-même, je m'occupe depuis fort longtemps des maladies des yeux et je crois avoir apporté quelques lumières sur elles; j'ai publié à leur sujet quelques travaux en 1820 et en 1825; j'en ai fait en 1831, à l'hôpital de la Pitié, le sujet d'un assez grand nombre de leçons spé-

(1) *Leçons orales de Clinique chirurgicale*, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris par M. le baron Dupuytren, recueillies et publiées par MM. les docteurs Brierre de Boismont et Marx. Deuxième édition, entièrement refondue. 6 vol. in-8. Cette édition contient, en outre, l'important *Traité des blessures par armes de guerre*, publié en 1834, par MM. *Paillard* et *Marx*; ouvrage qui a été fait sous la direction immédiate de Dupuytren. Les rédacteurs ont ajouté dans cette édition un long supplément très curieux que Dupuytren leur avait dicté quelques mois avant sa mort.

ciales dont quelques unes ont été publiées dans les journaux du temps. Non, Messieurs, la France n'a rien à envier à l'étranger en ophthalmologie, elle pourrait tout autant qu'une autre nation réclamer l'honneur de faire école. Je pourrais le prouver facilement et apprendre ainsi à ceux qui cherchent à répandre parmi nous une doctrine prétendue nouvelle, qu'ils ignorent les travaux de nos compatriotes.

Je divise les maladies des yeux en trois grandes classes. 1° Les maladies des paupières; 2° les maladies du grand angle; 3° les maladies du globe de l'œil.

Dans ces leçons je ne traiterai pas des maladies qui sont renfermées dans la seconde classe. Je décrirai seulement celles des paupières et du globe oculaire, et je me bornerai même à décrire celles d'entre ces maladies qui, dans les auteurs, sont désignées sous le nom *d'ophthalmies.* Vous verrez que ce sujet est déjà assez vaste et prête à des considérations toutes nouvelles et très importantes.

Nous commencerons par les maladies des paupières.

Blépharites.

Les paupières sont composées, ainsi que vous le savez, d'une peau très fine, mince, molle et vasculeuse, qui en forme la face externe, et d'une couche muqueuse qui en forme la face interne. Entre ces deux faces, on trouve divers tissus dont la disposition et l'arrangement influent d'une manière notable sur la physionomie, la marche et la terminaison des inflammations qui s'y développent. Dans la paupière supérieure on trouve l'expansion aponévrotique du muscle élévateur, le cartilage tarse, les glandes de Méibomius, un tissu lamineux, sous-cutané, lâche et qui ne contient jamais de graisse, un tissu cellulaire sous-muqueux assez dense; au bord libre, les cils en avant, les orifices des follicules muqueux en arrière, le point lacrymal à l'union de ses quatre cinquièmes externes avec le

cinquième interne, puis, entre la conjonctive et la face interne du cartilage tarse près du bord convexe de ce dernier, l'ouverture des conduits de la glande lacrymale. A la paupière inférieure; on trouve, outre la couche cutanée et muqueuse; comme à la supérieure, du tissu cellulaire lâche sous-cutané, mais contenant quelques vésicules graisseuses, la moitié inférieure du ligament palpébral, rarement un muscle abaisseur, le cartilage tarse et du tissu cellulaire sous-muqueux fin et assez serré. Son bord libre ne diffère pas de la supérieure : elle contient du reste, comme elle, des vaisseaux artériels veineux, lymphatiques, et des nerfs nombreux. On pourrait donc admettre d'après l'arrangement de ces parties constituantes des paupières, une blépharite externe ou cutanée, une blépharite interne ou muqueuse, une blépharite au bord libre, et une blépharite moyenne. Les auteurs ne rangent point avec raison parmi les ophthalmies, la blépharite moyenne et la blépharite cutanée. Je ne vous en dirai donc que quelques mots avant de traiter de la blépharite interne et de celle du bord libre.

1° Blépharite cutanée — L'inflammation érythémateuse ou érysipélateuse de la paupière se comporte dans cette région comme au scrotum et au prépuce. Elle n'exige que l'emploi des moyens ordinaires, et ne présente d'ailleurs aucune particularité digne d'intérêt.

2° Blépharite moyenne. — Celle-ci est plus sérieuse, elle siége dans le tissu cellulaire placé entre les faces cutanée et muqueuse : son voisinage de cette dernière donne souvent lieu à la blépharite muqueuse, aussi doit-on faire tous ses efforts pour arrêter la maladie dès sa naissance. Cette phlegmasie du tissu cellulaire intermédiaire peut être diffuse ou circonscrite. Dans le premier cas, la suppuration est très prompte et très facile : en effet deux jours suffisent souvent pour amener la suppuration et produire la destruction de tout ce tissu cellulaire ; aussi doit-on employer avec énergie les moyens capables de prévenir une semblable

terminaison. Un des meilleurs moyens à mettre en usage dans ce but consiste dans les scarifications nombreuses sur la paupière. Ces scarifications qui peuvent prévenir la suppuration du tissu cellulaire, ont aussi l'avantage d'évacuer le pus quand il est formé, et de s'opposer à l'entière destruction de ce tissu cellulaire lui-même. On les multiplie suivant le degré de diffusion de la phlegmasie. Quand celle-ci est circonscrite il en résulte des phénomènes qu'on observe partout ailleurs, des furoncles, des anthrax, etc., etc. qu'on doit aussi se hâter d'ouvrir quand la suppuration y est formée, afin de faire cesser les accidents que celle-ci détermine, et d'éviter sa propagation à la muqueuse palpébrale. Mais hâtons-nous de passer sur ces deux genres d'inflammations des paupières qui ne méritent point le nom de blépharite proprement dite, et arrivons à celles de la face interne et du bord libre, aux véritables blépharites en un mot.

J'admets plusieurs nuances de blépharite de la face interne des paupières et de leur bord libre.

1° La *blépharite muqueuse.* Lorsque la phlegmasie est bornée à la conjonctive.

2° La *blépharite glanduleuse* lorsqu'elle a son siége dans les glandes de Méibomius.

3° La *blépharite diphtéritique* ou *couenneuse,* qui n'est qu'une variété de la blépharite glanduleuse.

4° La *blépharite granuleuse*, quand l'inflammation semble n'atteindre que les follicules muqueux de la conjonctive.

5° La *blépharite ciliaire* qui a son siége à la base des cils.

6° La *blépharite purulente.*

§ I. Blépharite muqueuse.

Cette phlegmasie a été décrite dans les auteurs sous le nom d'*ophthalmie palpébrale, conjonctivité palpébrale.*

Voici les symptômes de cette maladie : plaques égales ou inégales, plus ou moins grandes et occupant partie ou totalité de la muqueuse palpébrale. Ces plaques sont d'un rouge jaune ou livide et violacé. Si on renverse la paupière on trouve une foule de petits vaisseaux de volume différent entrecroisés en mille sens; ces vaisseaux sont d'autant plus fins et d'autant moins rouges qu'on les examine du bord libre des paupières vers le globe de l'œil. Ces petits vaisseaux sont mobiles, ils glissent et roulent avec facilité sur les tissus sous jacens. Les malades éprouvent des picotements assez vifs, et une sensation semblable à celle qui résulterait de la présence de graviers, ou de sable très fin entre le globe oculaire et les paupières. Il n'y a point de photophobie ou crainte de la lumière, très peu ou point de larmoiement (1) Ordinairement la sécrétion du mucus est augmentée, le mucus d'abord clair et limpide s'écoule en plus ou moins grande quantité sur le bord libre des paupières, et de là sur la joue, après avoir plus ou moins excorié ce bord libre de la paupière; d'autres fois il est grisâtre comme purulent, et vient s'accumuler en plus ou moins grande quantité au grand angle de l'œil. Dans ce cas les Allemands ont donné à la maladie le nom *d'ophthalmie catarrhale ;* nous ne nous arrêterons pas en ce moment à critiquer le vague d'une pareille dénomination, car nous discuterons plus tard la valeur de la doctrine dite allemande. Quelquefois il y a boursouflement considérable de la membrane muqueuse dans le voisinage du globe oculaire; elle forme là un bourrelet plus ou moins saillant et

(1) M. Sichel fait judicieusement observer que dans la blépharite (ophthalmie catharrale, ainsi qu'il la nomme), s'il survient du larmoiement, cela tient à ce que l'inflammation s'est étendue par les points et les canaux lacrymaux à la membrane muqueuse des voies lacrymales, la boursoufle et nuit au passage des larmes. Ce larmoiement est donc passif, ajoute-t-il, puisqu'il est le résultat d'une obstruction des voies lacrymales. (Sichel, *Traité de l'ophthalmie, de la cataracte et de l'amaurose*, pour servir de supplément au *Traité des maladies des yeux* de Weller, 1 vol. in-8, fig. col.)

qui constitue une des variétés du *chémosis*. Dans d'autres circonstances, au lieu d'une augmentation dans la sécrétion du mucus, il y a une sécheresse remarquable de la conjonctive qui est luisante et polie. Cette variété de la maladie a été désignée par les auteurs sous le nom d'*ophthalmie sèche*, ou de *taraxis*.

La blépharite muqueuse est une des maladies les plus légères de l'œil. Abandonnée à la nature, elle dure de huit à quinze jours environ : traitée convenablement elle peut disparaître facilement en trois ou quatre.

§ II. Blépharite glanduleuse.

Elle siége, ainsi que nous l'avons dit, dans les glandes de Méibomius; elle attaque l'une ou l'autre paupière, mais de préférence cependant l'inférieure. Voici ses caractères. Il n'y a pas, comme dans la blépharite muqueuse, des plaques réticulées à la face interne de la paupière; mais une espèce de ruban rouge transversal, en forme de demi-lune, ayant sa convexité tournée en arrière. Cette rougeur est jaunâtre ou livide et constituée par une foule de petits vaisseaux qui sont situés plus profondément que ceux de la blépharite muqueuse. Ils sont en outre fixes, immobiles et ne glissent pas sur les tissus sous-jacents. Cette rougeur est d'autant plus prononcée, qu'on s'approche davantage du bord libre de la paupière où est le siége principal de l'inflammation. Les petits vaisseaux qui constituent la rougeur ont deux sortes de directions principales. Les uns sont sur le bord libre de la paupière, les autres sont parallèles aux glandes de Méibomius. D'après ce siége de la vascularisation, il est facile, au premier abord, de diagnostiquer la maladie. En renversant le bord des paupières pour en examiner la face interne, on remarque en outre un petit bourrelet et des aspérités qui indiquent le gonflement des glandes de Méibomius.

La sensation analogue à la présence de graviers entre l'œil et les paupières, est moins marquée dans la blépharite glanduleuse que dans la blépharite muqueuse, Cette sensation se fait surtout sentir dans les environs du bord libre, et sur le bord libre lui-même. La photophobie et le larmoiement ne sont pas plus considérables que dans la blépharite muqueuse. La sécrétion du mucus est abondante; celui-ci est visqueux, tenace, se concrète facilement, colle fortement les paupières l'une contre l'autre, et forme des croûtes plus ou moins épaisses, au milieu desquelles les cils sont fortement agglutinés; ils sont arrachés et se détachent quand on veut séparer les paupières avant d'avoir eu la précaution de ramollir préalablement les croûtes avec de l'eau tiède. Il résulte même souvent de ces arrachements réitérés, de petits abcès et des ulcérations.

La blépharite glanduleuse est plus grave que la blépharite muqueuse. Elle est plus tenace, revêt la forme chronique avec facilité, et peut durer indéfiniment : aussi est-il important de la combattre activement quand elle est à l'état aigu, et d'éviter qu'elle ne passe à l'état chronique.

§ III. Blépharite diphtéritique ou couenneuse.

C'est une simple variété de la blépharite glanduleuse. Aux symptômes que je viens d'énumérer, et qui caractérisent celle-ci, j'ajoute alors celui-ci. Le bord libre de la paupière se couvre d'une couche blanchâtre, grisâtre et peu épaisse. C'est une véritable pseudo-membrane qui se couvre souvent à sa surface d'une foule de petits grains de couleur argentine. Cette dernière disposition est fâcheuse; car alors la maladie devient ordinairement très rebelle et ne cède que difficilement au traitement le mieux dirigé. Quand on fait glisser les paupières l'une sur l'autre, on fait surgir un liquide brillant, écumeux, comme argentin, et qui finit par se réunir au grand angle de l'œil. Il m'a sem-

blé, d'après plusieurs observations que j'ai faites depuis un certain temps, que cette blépharite couenneuse se trouvait liée souvent à une affection de l'iris. En effet, chez la plupart des individus qui en sont atteints, on remarque toujours, ou presque toujours, des traces de l'inflammation de cette membrane. C'est ce dont vous avez pu vous convaincre en examinant le malade couché au n° 21 de la salle des hommes : il était affecté d'une blépharite diphtéritique, et portait en même temps des traces évidentes d'inflammation de l'iris.

§ IV. Blépharite granuleuse.

La *blépharite granuleuse* n'est sans doute pas une maladie nouvelle; mais on l'avait confondue avec les nuances précédentes, et elle n'a point été décrite à part.

Elle se présente sous la forme aiguë et sous la forme chronique. Ses symptômes sont les suivants : La muqueuse palpébrale présente une foule de granulations très fines, que l'on peut comparer pour leur disposition aux papilles de la langue, et qu'il ne faut pas confondre avec les granulations dont parlent quelques auteurs, et qui sont du volume d'un grain de coriandre à peu près. Les granulations dont il est question ici, sont du volume de grains de sable très fins. Elles sont ordinairement très rapprochées les unes des autres, et souvent même elles se touchent. Dans d'autres circonstances elles sont beaucoup plus écartées. Soutenues d'abord par un réseau vasculaire qu'on peut très bien apercevoir dans leurs intervalles, et qu'on peut faire mouvoir assez facilement sous les tissus sous-jacents, ces granulations se rapprochent les unes des autres en se multipliant, ou bien en grossissant, elles finissent par recouvrir la muqueuse palpébrale dans toute son étendue, et augmentent son épaisseur de la moitié ou des deux tiers. Le réseau vasculaire dont nous avons parlé disparaît ordinairement au

bout de quelques jours, en totalité ou en partie, et c'est un indice du passage prochain de la maladie à l'état chronique. La sécrétion muqueuse est augmentée ; elle s'accumule plus ou moins au grand angle de l'œil. Elle est assez consistante, un peu visqueuse et colle les paupières, le matin, avec assez de force. Toutefois cette sécrétion est moins troublée que dans les précédentes variétés de la blépharite. Les malades supportent assez bien la lumière; le larmoiement est très peu abondant, la douleur généralement légère; il y a sensation très marquée et fort incommode de la présence des grains de sable entre la paupière et le globe de l'œil. Lorsque l'inflammation est forte, les paupières sont épaissies, boursouflées; elles prennent un développement assez considérable pour cacher complétement le globe de l'œil, qu'on retrouve parfaitement sain en les écartant l'une de l'autre.

La *blépharite granuleuse* affecte également l'une et l'autre paupière, ensemble ou isolément. Quand elle ne siége qu'à la paupière supérieure et qu'elle n'est pas très aiguë, les chirurgiens qui ne poussent pas plus loin leur examen, ne reconnaissent pas la cause des douleurs dont se plaint le malade, et ils laissent l'affection s'éterniser. Il faut, pour la reconnaître, renverser la paupière en faisant basculer en avant le cartilage tarse, ce que l'on produit aisément en tirant le bord libre de la paupière sur le côté externe de l'arcade sourcilière.

La *blépharite granuleuse* a comme la blépharite muqueuse son siége dans la muqueuse palpébrale. Mais elle en diffère d'abord par son extrême tenacité; elle résiste souvent à toutes les médications. On croit, lorsqu'elle est à l'état sub-aiguë ou chronique, avoir affaire à une maladie légère, et on est très surpris d'être des mois, des années à en triompher, et souvent d'échouer complètement. La partie de la muqueuse dans laquelle la maladie à son siège est je crois les follicules; je sais bien qu'on a nié l'existence des

follicules dans la conjonctive, mais il n'est pas bien démontré qu'il ne s'en trouve point; et je regarde, sinon comme certain, au moins comme probable, que ce sont eux qui se trouvent affectés dans la blépharite granuleuse.

§ V. Blépharite ciliaire.

Cette espèce de blépharite a été décrite par les auteurs sous le nom *de teigne des paupières, de psorophthalmie.*

C'est une maladie très facile à reconnaître, très commune d'ailleurs, qu'on traite souvent avec légèreté ou négligence, et cela avec grand tort, car elle peut avoir des suites très désagréables et quelquefois des conséquences fâcheuses pour le globe de l'œil.

J'entends par *blépharite ciliaire* une phlegmasie qui existe sur le bord libre de la paupière et dont le siége se trouve être à la racine des cils, c'est à dire dans les follicules de ces poils.

Cette *blépharite ciliaire* débute par de la démangeaison et un peu de rougeur sur le bord libre de la paupière; on aperçoit alors presque toujours à la base des cils quelques petites écailles furfuracées et d'une couleur jaunâtre, que les malades font tomber en frottant leurs paupières; après un temps plus ou moins long, on observe sous ces écailles ou à la place qu'elles occupaïent de petites ulcérations, qui se recouvrent de croûtes légères qui tombent pour se reproduire bientôt et ainsi de suite pendant un laps de temps indéterminé. Ces petites ulcérations fournissent une matière épaisse et gluante qui en se concrétant colle les cils entre eux. Ceux-ci sont réunis en faisceaux plus ou moins nombreux, et disposés de telle sorte qu'on dirait que l'œil vient d'être lavé. Il n'y a dans cette espèce de blépharite, ni photophobie, ni larmoiement, ni sensation de la présence de graviers entre le globe de l'œil et les paupières.

L'état chronique est plus commun dans cette maladie

que l'état aigu. Dans le premier, les écailles sont plus abondantes, et autour de la base des cils on observe leur bulbe qui est grossi et soulevé : le bord libre de la paupière est aussi couvert d'un plus ou moins grand nombre d'ulcérations.

Si cette maladie n'est point arrêtée de bonne heure par un traitement approprié, il en résulte quelquefois des ravages qu'on ne prévoyait guère : d'abord les cils atteints dans leur bulbe par suite des progrès des ulcérations sont déracinés, tombent et ne repoussent plus. Les paupières s'en trouvent entièrement dégarnies, et leur bord libre se trouve converti en un bourrelet plus ou moins volumineux, rouge et fongueux, couvert de granulations et d'ulcérations. C'est une disposition que l'on rencontre chez beaucoup de vieillards; les désordres ne se bornent pas toujours là, le globe de l'œil finit par participer lui-même à l'inflammation : des conjonctivites, des kératites très graves, se développent, et quelquefois il y a perte de la vision par suite de ces inflammations dont la cause est permanente.

La *blépharite ciliaire* existe rarement sans complication; presque toujours elle se combine avec la *blépharite glanduleuse.* Dans ce cas voici ce qu'on observe : Si l'inflammation des follicules ciliaires domine, on remarque surtout le boursouflement du bord libre de la paupière, il est soulevé en dedans, et alors les cils sont dirigés vers le globe de l'œil, il en résulte un *entropion :* Si, au contraire, c'est la blépharite glanduleuse qui domine, le boursoufflement et le renversement ont lieu en dehors, il y a *ectropion ;* les cils sont dirigés en avant, et si leur chute a lieu ainsi qu'il arrive souvent, le bord libre de la paupière présente un bourrelet rouge et fongueux, de la largeur de deux à trois lignes. Cette terminaison de la blépharite ciliaire est commune chez les vieillards, et la difformité qui en résulte est connue dans le vulgaire sous le nom d'*yeux* d'*anchois.*

Je vous ai décrit, Messieurs, toutes les blépharites, à l'exception de la *blépharite purulente* dont nous parlerons tout à l'heure. Il ne faudrait pas que vous crussiez que ces variétés si distinctes d'après la description que je vous en ai faite, soient toujours parfaitement séparées et qu'elles existent isolément. Très souvent, au contraire, elles sont combinées, et ce que nous avons dit tout à l'heure de la blépharite ciliaire qui se trouve unie fréquemment à la blépharite glanduleuse, nous le dirons aussi pour les autres espèces. On les trouve réunies deux à deux, trois à trois, et quelquefois même toutes ensemble. C'est au commencement de la maladie qu'on peut seulement bien les distinguer; et lorsqu'elles se sont confondues, on ne peut plus savoir quelle est celle qui a débuté.

Vous avez vu, à l'occasion de la blépharite ciliaire, quelles étaient, dans certains cas, les conséquences de la maladie, relativement au globe de l'œil; j'ajouterai que la plupart des autres espèces peuvent aussi s'étendre jusqu'à lui; qu'il en est souvent ainsi de la blépharite muqueuse et de la blépharite granuleuse; que la blépharite glanduleuse devient la cause de tumeurs variées, qui se développent sur le bord libre de la paupière, telles que kystes, orgeolets, grélons, etc., etc., etc.

§ VI. Blépharite purulente.

Cette phlegmasie des paupières a été confondue par les auteurs avec l'*ophthalmie* dite *purulente*. Cette dernière a été divisée par eux en trois espèces :

L'ophthalmie des nouveaux nés.
L'ophthalmie d'Égypte.
L'ophthalmie blennorrhagique.

Je ne puis admettre une pareille division. Ces maladies diffèrent pour moi d'une manière notable. Ainsi, l'ophthalmie

purulente des nouveaux nés débute par la paupière (1), son siége spécial est dans cette partie, tandis que celui des deux autres, est le globe de l'œil lui-même. Je ne traiterai donc des ophthalmies *blennorhagique* et *d'Égypte* qu'à l'occasion des maladies du globe de l'œil; parlons seulement ici de la blépharite purulente.

Elle se rencontre le plus ordinairement chez le nouveau né, mais pas exclusivement chez lui; car on la voit aussi chez des enfants de deux, trois ou quatre, dix ou douze ans, et même chez des adultes.

Les causes de l'ophthalmie purulente des nouveaux nés sont très obscures : on a singulièrement disserté à ce sujet, et cela sans obtenir aucune solution satisfaisante; ainsi on a admis comme cause de cette maladie le contact du pus blennorrhagique du vagin de la femme, ou simplement le contact de la matière leuchorréique avec la conjonctive de l'enfant lorsqu'il traverse les organes génitaux de la mère. Je n'admets pas cette cause, parce que beaucoup d'enfants sont atteints de blépharite purulente sans que leurs mères soient affectées de blennorrhagie syphilitique ou de simple flux leucorrhéique. Quant au contact du pus avec la conjonctive oculaire ou palpébrale, on oublie que les enfants viennent au monde les yeux fermés et les paupières presque repliées sur elles-mêmes,

(1) Les auteurs les plus modernes ne font pas cette distinction qui paraît bien importante pour le diagnostic et pour la thérapeutique. C'est ainsi que nous voyons M. Sichel dire, *op. cit.*, p. 241 :

« La phénoménologie de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés ne diffère pas de celle que nous avons exposée en parlant de l'ophthalmie blennorrhagique en général. Le développement, les caractères anatomiques et physiologiques, la marche et les terminaisons sont les mêmes pour l'une et pour l'autre de ces affections.

M. Carron du Villars, sans dire positivement que l'ophthalmie purulente des nouveau-nés a pour point de départ la face interne de la paupière, parle, cependant comme d'un phénomène constant, de l'état sain de la cornée et la sclérotique à une certaine période de la maladie. (*Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux*, t. II, p. 41.)

de telle sorte que ce contact est très difficile, sinon presque impossible. D'ailleurs, n'avons-nous pas dit que la maladie se rencontrait aussi chez des enfans de deux ans, de douze ans, et même chez des adultes ?

On a cherché cette cause de la maladie dans une viciation de l'atmosphère produite par la réunion d'un grand nombre d'enfants dans le même lieu, dans la malpropreté, dans la mauvaise nourriture, et on a cité à l'appui de cette opinion les hôpitaux d'enfants, dans lesquels on remarque très souvent cette maladie; mais on l'observe également dans les familles de gens riches et qui se trouvent dans des conditions hygiéniques les plus favorables à la santé. On a admis ensuite la contagion, mais elle est loin d'être prouvée; car cette blépharite a été observée chez des enfants qui n'avaient évidemment eu aucune communication avec d'autres. Nous sommes donc obligés de rester dans le doute au sujet de la cause principale de cette affection. Il faut l'avouer, elle nous échappe ici, comme dans tant d'autres circonstances. Je n'adopte ni ne repousse la contagion comme cause, car je n'ai point assez de faits devant moi pour me prononcer sur ce sujet, et je me trouve obligé d'admettre une disposition particulière, disposition inexplicable encore, sans doute, qui rend les individus susceptibles de contracter la maladie. Cette question mérite donc, ainsi qu'on le voit, de nouvelles recherches et de nouveaux développements (1).

Quoi qu'il en soit des causes, cette blépharite est très certainement la plus grave de toutes celles que nous avons décrites. Voici quels sont ses symptômes : le petit malade

(1) M. Carron du Villars admet la contagion dans l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Elle est, dit-il, souvent transmise de l'enfant à la nourrice. Il affirme avoir observé un grand nombre de faits de ce genre. (*Op. cit.*)

En Angleterre, l'opinion dominante est que la maladie est produite par l'impression du froid sur les yeux; elle y est même connue sous le nom de *cold in eye* (coup de froid sur les yeux.)

commence d'abord par supporter difficilement la sensation de la lumière; puis il semble éprouver de la démangeaison et du picotement aux paupières, car il y porte continuellement les mains. Bientôt leur bord libre paraît rouge, un peu gonflé, et se couvre d'une matière muqueuse, blanchâtre, visqueuse, qui s'accumule dans le grand angle de l'œil. La maladie paraît jusque-là se borner à une blépharite muqueuse et glanduleuse; mais bientôt l'inflammation de la face interne de la paupière se caractérise plus vivement, le fluide qu'elle exhalait devient très abondant, il est d'abord assez limpide : cette période a été nommée par les auteurs *hydorrhée*. Au bout d'un, deux ou trois jours, il devient plus épais et plus consistant : c'est la période nommée *phlegmatorrhée*. Enfin il finit par prendre tout à fait l'apparence du pus : c'est la période connue sous le nom de *pyorrhée*. Alors la conjonctive est très épaissie, et si on peut l'examiner à ce moment, on la trouve couverte d'une foule de petites granulations qui lui donnent un aspect fongueux. Le pus devient de plus en plus abondant, il coule sur la face, et ses qualités irritantes sont telles qu'il excorie la partie des joues sur lesquelles il coule. L'inflammation s'étend aussi de la face interne de la conjonctive aux autres couches des paupières. Celles-ci se gonflent d'une manière énorme; la supérieure vient recouvrir presque entièrement l'inférieure, en la dépassant de beaucoup, et souvent il est tout à fait impossible de la relever; elle produit ici l'effet d'une grosse collection de pus. On pourrait croire réellement à la présence d'un abcès dans cette région. J'ai vu une fois un chirurgien tellement persuadé de son existence, qu'il y fit une incision pour évacuer le pus qu'il présumait y trouver, et cela sans le résultat qu'il attendait. Au milieu de tout ce désordre qui siége aux paupières, de leur boursouflement, de la fongosité de la membrane muqueuse, de l'abondance excessive de la suppuration, il est digne de remarque que le globe de l'œil

reste intact. Ce caractère distingue suffisamment cette blépharite de l'ophthalmie d'Égypte et de l'ophthalmie blennorrhagique ou syphilitique.

Cette blépharite purulente est très grave, comme nous l'avons dit, et peut avoir pour l'œil les conséquences les plus fâcheuses, si elle arrive jusqu'à lui. Ces conséquences sont celles de l'ophtalmie blennorrhagique, c'est-à-dire la fonte purulente de l'œil, et la perte de la vision. Quand cette terminaison fatale a lieu, l'abondance de la suppuration diminue, les paupières se dégonflent, et le petit malade les ouvre facilement. C'est alors qu'on constate tous les désordres que produit l'ophthalmie dite purulente que nous décrirons plus tard. On peut assez facilement, je crois, se rendre compte de la cause de cette contraction si forte des paupières pendant que l'œil est sain, et de sa cessation, lorsque la fonte purulente de cet organe est arrivé. Dans le premier cas, la rétine ne peut supporter la lumière que lui transmet la cornée, qui est encore à l'état transparent, alors elle réagit sur les paupières dont les muscles se contractent avec force. Mais lorsque la cornée est devenue opaque ou est détruite, la rétine n'est plus impressionnée par la lumière, et n'agit plus sympathiquement sur les muscles des paupières.

Nous allons passer maintenant au traitement de chaque espèce de blépharite.

TRAITEMENT DE LA BLÉPHARITE MUQUEUSE.

Les remèdes les plus efficaces à opposer à la blépharite muqueuse consistent surtout dans les topiques, c'est à dire dans le traitement direct; parmi eux les collyres liquides sont les plus efficaces. Ils sont infiniment préférables aux pommades dont l'action est beaucoup trop limitée. On a vanté un grand nombre de collyres : ceux qui me sem-

blent mériter la préférence sont ceux que l'on compose, soit avec le sulfate de zinc, soit avec le sulfate de cuivre, soit avec le nitrate d'argent. Entre ces trois, je trouve celui fait avec le nitrate d'argent meilleur et d'une action plus certaine; c'est celui que vous voyez que j'emploie presque exclusivement lorsque je veux mettre en usage les topiques astringents. La dose du nitrate d'argent dissous dans de l'eau distillée, varie suivant l'intensité de l'inflammation. Je débute ordinairement par un demi grain dans une once d'eau, et j'augmente progressivement de manière à porter quelquefois cette dose à six, huit ou même dix grains. Je dois fixer un instant votre attention sur la manière d'employer ce collyre, car pour en retirer tout le fruit possible, on doit user de certaines précautions dont l'omission justifierait la défiance avec laquelle quelques praticiens ont parlé de ce remède. Il faut s'assurer que le collyre est bien préparé et nouvellement, car il s'altère promptement surtout s'il est exposé à la lumière ou à la chaleur. On fait pencher la tête du malade en arrière, on écarte ses paupières et on en instille entre elles plusieurs gouttes. Pour que le médicament se trouve bien en contact avec toutes les parties enflammées, on a soin, lorsque les paupières se sont contractées, ainsi que cela arrive toujours par suite de la douleur qu'il produit, d'appliquer les doigts sur les paupières abaissées, d'y faire quelques frictions et surtout de faire mouvoir l'œil au malade. On renouvelle cette instillation deux ou trois fois par vingt-quatre heures, en augmentant progressivement la dose du nitrate d'argent si on le juge nécessaire. On agit ainsi pendant trois ou quatre jours, puis on laisse reposer le malade pendant un ou deux, et on recommence ensuite de la même manière. C'est pendant cet intervalle qu'on voit survenir souvent un mieux sensible, ce qui fait que les gens du monde accusent le collyre d'arrêter ou de reculer leur guérison. Il ne faut pas craindre d'en renouveler l'emploi pour suspendre

encore, et cela jusqu'à la guérison. A cette médication topique ou directe, on peut ajouter, et on le doit même, suivant le cas, la médication indirecte, c'est à dire employer, surtout si le sujet est sanguin, la saignée générale du bras ou du pied; les sangsues à la tempe ou derrière les oreilles, la diète, les pédiluves sinapisés, les vésicatoires, les purgatifs, etc..., mais il faut se garder de croire que ces derniers moyens seuls pourraient suffir. J'ai la conviction qu'ils aident certainement à la guérison, mais ils sont incapables de la produire seuls. Il s'agit dans cette circonstance de maladies externes locales qui ne peuvent être efficacement arrêtées que par les topiques ou par la médication directe. En traitant ainsi la blépharite muqueuse, elle dure rarement plus de quelques jours, et souvent même on la voit disparaître du jour au lendemain, tant la modification imprimée à la phlegmasie est prompte et énergique.

TRAITEMENT DE LA BLÉPHARITE GLANDULEUSE.

On doit aussi traiter la blépharite glanduleuse par les topiques; mais il faut dans cette nuance employer à la fois les collyres liquides et les pommades, mais surtout ces dernières. En effet, les collyres ne pourraient pas séjourner assez longtemps sur les surfaces malades. Quand l'inflammation des glandes de Meibomius siége surtout en arrière, et dans le voisinage du globe de l'œil, les collyres liquides sont préférables; au contraire, quand l'inflammation siége surtout au bord libre des paupières ou tout à fait dans son voisinage, il faut principalement employer les pommades. Les collyres liquides seront choisis parmi ceux dont il a déjà été question, mais surtout ceux préparés avec le nitrate d'argent. Quant aux pommades, il y en a eu, comme pour les collyres, un très grand nombre qu'on a vantées tour à

tour ; telles sont les pommades de *Lyon*, de *Janin*, de *Desault*, de *Régent* (1), la pommade au précipité blanc, la pommade au nitrate d'argent, etc., etc. Il ne convient pas d'employer indifféremment ces pommades, chez tous les individus et dans les nuances diverses de la blépharite glanduleuse. Ainsi lorsque la blépharite glanduleuse est accompagnée d'un liseré ou ruban rouge luisant le long du rebord des paupières, il faut avoir recours aux pommades de *Janin*, de *Lyon*, de *Desault*, de *Régent*; s'il existe des ulcérations légères sur le bord externe des paupières, il faut préférer la pommade au nitrate d'argent : et si ces ulcérations sont profondes, il faut les cautériser avec un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe.

A l'occasion des pommades et surtout à l'occasion de celle qui est préparée avec le nitrate d'argent, je vous ferai les mêmes recommandations que pour les collyres. Il faut qu'elles soient préparées avec soin et surtout qu'elles soient récentes. Cette pommade est préparée à l'aide d'un grain de nitrate d'argent pour un gros d'axonge : elle s'altère promptement et n'a plus de vertu quand elle est un peu

(1) Voici la formule de la pommade de Desault :

Oxide rouge de mercure.	1 gros.
Tuthie préparée.	1 gros.
Alun calciné..	1 gros.
Acétate de plomb.	1 gros.
Deuto-chlorure de mercure.	12 grains.
Graisse à la rose	2 onces.

Pommade de Grandjean.

Précipité rouge	36 parties.
Cérat sans eau.	144 parties.

Pommade de Janin.

Tuthie.	72 parties.
Bol d'Arménie.	72 parties.
Précipité blanc	36 parties.
Axonge.	144 parties.

ancienne. Il faut avoir bien soin avant d'appliquer pommade, de faire tomber exactement toutes les croûtes qui couvrent le bord libre des paupières. On y parvient facilement à l'aide d'onctions faites sur ce bord au moyen d'huile d'olives ou d'amandes douces, ou du beurre, ou simplement à l'aide de cataplasmes émollients. Après avoir ainsi nettoyé les surfaces malades, on prend gros comme une lentille de la pommade sur le bout du doigt ou d'un stylet, et on l'étend ainsi sur toutes les parties malades à l'aide de douces frictions; on renouvelle cette application, une, deux, ou trois fois par jour suivant les cas, en augmentant graduellement les doses du médicament actif, comme on le fait pour les collyres, en cessant et recommençant alternativement son usage, ainsi qu'il a été dit pour eux. N'oubliez pas toutefois, Messieurs, que la blépharite glanduleuse est souvent fort opiniâtre, et qu'elle résiste pendant très longtemps au traitement le mieux combiné. Ne vous hâtez donc pas de promettre à vos malades une guérison trop prompte.

Pommade de Lyon.

Oxide rouge de mercure porphyrisé . .	1 partie.
Graisse à la rose	16 parties.

Pommade de Régent.

Oxide rouge de mercure.	10 parties.
Acétate de plomb cristallisé.	10 parties.
Camphre	1 partie.
Beurre frais lavé à froid dans l'eau de roses	144 parties.

Dupuytren prescrivait très souvent la pommade suivante dans les inflammations chroniques du bord libre des paupières (blepharite glanduleuse) :

Oxide rouge de mercure	10 grains.
Sulfate de zinc.	20 grains.
Axonge.	1 once.

TRAITEMENT DE LA BLÉPHARITE DIPHTÉRITIQUE OU COUENNEUSE.

Cette variété de la blépharite glanduleuse ne nous occupera que peu. Elle exige le même traitement que la blépharite glanduleuse. Toutefois, j'ai remarqué qu'elle était beaucoup plus rebelle que la blépharite glanduleuse simple et que la meilleure pommade à employer contre elle, était la pommade au précipité blanc, à la dose d'un gros par once d'axonge. On en fait usage comme de celle qui est préparée avec le nitrate d'argent.

TRAITEMENT DE LA BLÉPHARITE GRANULEUSE.

Que la blépharite granuleuse soit primitive, ou bien qu'elle succède aux autres espèces de blépharite, elle n'en constitue pas moins une maladie des plus tenaces et des plus rebelles, vous avez pu en avoir une preuve dans l'observation de deux femmes malades qui étaient aux n°s 19 et 22, de la salle Sainte-Catherine. Elles ont eu toutes les deux des blépharites granuleuses depuis fort longtemps. Elles ont été traitées par tous les moyens connus, et elles n'en sont pas plus avancées. J'ai employé chez elles et sans succès bien apparent la solution de nitrate d'argent à la dose de six à sept grains par once.

J'ai employé contre la blépharite granuleuse une infinité de moyens; les collyres au sulfate de zinc aux mêmes doses que le nitrate d'argent; j'ai obtenu à l'aide de ce moyen quelquefois de l'amélioration, mais elle est restée stationnaire, et en résumé ce remède a produit peu d'effet. J'ai poussé sans plus de succès la dose du nitrate d'argent jusqu'à 10 ou 12 grains par once d'eau distillée; j'ai employé l'acétate de plomb à la dose de 10, 12 et même 15 grains par 4 onces d'eau distillée; le sublimé corrosif ou deutochlo

rure de mercure, à la dose d'un demi-grain ou un grain par once; le protochlorure de mercure à la dose d'un gros par verre d'eau; enfin j'ai eu recours au laudanum, à l'iode, au collyre sec, à celui de Dupuytren, c'est à dire au calomel et au sucre candi, unis et réduits en poudre impalpable, à l'oxide de bismuth également réduit en poudre très fine, et je n'ai pas été plus heureux. Les pommades n'ont pas modifié plus avantageusement le mal. Enfin j'ai pratiqué la cautérisation avec le nitrate d'argent taillé en crayon. J'obtins, en 1831, une guérison complète sur une femme à l'hôpital de la pitié. La maladie était ancienne, elle datait de plusieurs mois et siégeait à la paupière supérieure dont la membrane muqueuse était épaissie, fongueuse et couverte d'un grand nombre de granulations. Je pratiquai cinq ou six fois une cautérisation légère en mettant un intervalle de cinq ou six jours entre chaque cautérisation. Depuis, j'ai guéri de cette manière plusieurs autres malades; mais souvent aussi j'ai complètement échoué en employant le même remède. Ce moyen d'ailleurs mérite beaucoup de soin dans son application. Il ne faut pas cautériser trop profondément la muqueuse, car on la détruirait dans un ou plusieurs points, et il en résulterait des déperditions de substance et des ulcérations dont la cicatrisation, se faisant par rapprochement, amènerait des renversements en dedans de la paupière supérieure, des ectropions et en un mot toutes leurs conséquences. Cette cautérisation doit être faite en passant légèrement le crayon de nitrate d'argent sur la membrane muqueuse, et seulement jusqu'à ce qu'on ait fait naître à sa surface une couche blanchâtre. J'ai pratiqué aussi la cautérisation au moyen du crayon de sulfate de fer, ou de sulfate de cuivre; ces substances sont moins actives que le nitrate d'argent. Je n'ai pas trouvé qu'elles aient eu beaucoup d'avantages. Il ne faut donc pas trop compter sur elles. Quelques malades même n'en éprouvent aucun effet.

La médication indirecte est généralement d'une grande inefficacité dans la blépharite granuleuse. J'ai employé les vésicatoires aux tempes, à la nuque, derrière les oreilles, sur l'orbite lui-même, aux bras, aux jambes, les saignées générales et locales, sans aucun succès ; les purgatifs de diverses sortes, salins, mercuriaux, drastiques, etc..., ont également échoué. Le calomel, mélangé au soufre par portions égales, et donné à la dose de trois ou quatre grains par jour, est le seul purgatif qui m'ait paru avoir quelque avantage. Toutefois, je dois vous l'avouer, son efficacité m'a paru souvent douteuse. Les autres médications internes peuvent être utilement employées suivant les circonstances. C'est ainsi que la constitution des individus ou les viciations dont ils peuvent être atteints, justifient l'emploi des toniques, des ferrugineux, des antivénériens, etc..., etc...

Vous voyez, Messieurs, que notre thérapeutique est bien bornée en ce qui concerne la blépharite granuleuse, que c'est une affection très rebelle et qui mérite de nouvelles recherches et de nouvelles études.

TRAITEMENT DE LA BLÉPHARITE CILIAIRE.

La blépharite ciliaire doit être attaquée de très bonne heure si on veut la détruire. Son traitement est à peu près le même que celui de la blépharite glanduleuse, il doit donc consister principalement dans l'application des pommades sur le bord libre des paupières. Ces pommades ont déjà été indiquées, ce sont celles de *Desault*, de *Janin*, de *Lyon*, de *Régent*, etc., etc.

C'est la blépharite ciliaire surtout qui a fait la réputation de ces pommades dites anti-ophthalmiques. La pommade préparée avec le nitrate d'argent, et dont j'ai donné à l'occasion du traitement de la blépharite glanduleuse la composition et le mode d'emploi, m'a semblé préférable aux autres, et

c'est celle dont je me sers habituellement. D'ailleurs on a recours, suivant la gravité et la tenacité du mal, à l'emplo alternatif de la pommade et de la cautérisation, et on y joint une médication indirecte appropriée à l'état général du sujet.

TRAITEMENT DE LA BLÉPHARITE PURULENTE.

Cette blépharite, ainsi que nous l'avons dit, est la plus grave de toutes; heureusement, si on s'y prend à temps, on peut en triompher plus facilement que de quelques unes que nous avons décrites, de la blépharite granuleuse en particulier. Les auteurs ont vanté contre cette maladie les lotions avec le lait, l'eau tiède, l'eau de guimauve. Ces moyens sont bons, sans doute, mais ils n'ont d'autre avantage que celui de nettoyer l'œil de ses souillures. Les cataplasmes émollients ne servent presque à rien; les sangsues appliquées aux tempes, derrière les oreilles, autour de l'orbite, ne m'ont semblé avoir aucun effet; les vésicatoires, les purgatifs etc., ne sont, ainsi que le changement d'air et le bon régime, que des accessoires utiles, mais sur lesquels il ne faut pas compter pour obtenir la guérison de cette dangereuse maladie: il faut l'attaquer par la médication directe ou topique. Les collyres avec le sulfate de zinc réussissent quelquefois très bien. M. *Gélusseau*, qui a, dans sa thèse, fait l'exposé des moyens thérapeutiques que l'on emploie à l'hôpital des enfants, vante le collyre au sublimé, et même celui fait avec le nitrate d'argent. C'est en effet, suivant moi, celui qui procure les résultats les plus heureux. On l'emploie aux doses que nous avons déjà indiquées. Il est quelquefois très difficile, et parfois impossible d'écarter les paupières, à cause de leur énorme gonflement, et de pouvoir y introduire la solution. Dans ce cas, il faut employer pour laver la face interne des paupières, une petite seringue, celle d'*Anel*, par exemple, dont on introduit la canule entre les paupières près de l'angle de l'œil et à l'aide de la

quelle on fait trois ou quatre fois par jour des injections qui lavent exactement et la face interne des paupières et le globe de l'œil lui-même.

Mais dans les cas les plus graves et qui menacent de la perte du globe de l'œil, par la propagation de l'inflammation à cet organe, il faut agir plus énergiquement encore. On ne se contente plus des collyres, on cautérise avec le crayon de nitrate d'argent. On écarte les paupières, on les renverse et on promène à leur surface le crayon caustique de manière à produire une couche blanchâtre, indice d'une cautérisation suffisante. On s'arrête alors, on lave cette surface muqueuse ainsi cautérisée avec un liquide émollient, et on laisse les paupières revenir sur elles-mêmes. On renouvelle tous les deux ou trois jours cette cautérisation, si la maladie n'est pas trop grave; dans le cas contraire, on doit cautériser tous les jours, et même plusieurs fois par jour, jusqu'à ce que le mal soit modifié (1). On peut aussi employer contre cette maladie les collyres secs, celui de Dupuytren, par exemple, ou bien l'oxide de bismuth; pour cela, on renverse les paupières et on en saupoudre toute leur face interne.

Quand la blépharite purulente est passée à l'état chronique, la compression du globe oculaire produit quelquefois un excellent effet. Pour la pratiquer convenablement, on couvre l'œil dont les paupières sont abaissées avec de

(1) MM. Kennedy et Yreland emploient dans l'ophthalmie purulente des nouveau-nés une solution de nitrate d'argent, qui n'agit plus comme astringente, mais bien comme escarrotique. Voici leur formule :

Nitrate d'argent	2 gros.
Eau de roses	1 once.

Ils instillent trois ou quatre fois par jour quelques gouttes de ce collyre. Ils disent avoir guéri de cette manière une quantité prodigieuse d'ophthalmies purulentes des nouveau-nés. Après la chute des escarres que produit cette solution, et la diminution des symptômes inflammatoires, ils instillent entre les paupières du vin d'opium, pour faire disparaître l'obscurcissement de la cornée et ce qui peut rester d'écoulement.

la charpie douce et fine, des compresses, par dessus lesquelles on applique une bande assez fortement serrée. On peut combiner cette compression avec les moyens topiques que nous avons indiqués.

Quant au traitement interne, c'est à dire au traitement anti-syphilitique administré au nouveau-né, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire de la nourrice, je le crois peu utile, car nous avons vu qu'il n'était pas prouvé que la maladie fût due au principe vénérien (1).

Je n'ai parlé jusqu'à présent que des blépharites franches. Plus tard il sera question des blépharites dues à une cause spécifique.

(1) M. Carron du Villars vante comme un bon moyen dans l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, les lotions d'eau froide acidulée avec le jus de citron, et même le jus de citron pur, dont on instille trois ou quatre gouttes entre les paupières. Cela suffit, dit-il, pour donner une astriction suffisante et suspendre la pyorrhée. Il assure employer depuis quelques années avec succès les injections répétées trois fois par jour, avec une petite seringue d'ivoire, de quelques cuillerées du collyre suivant :

Infusion aqueuse de roses de Provins.	4 onces.
Suie préparée suivant son procédé. .	20 grains.
Jus de citron.	12 gouttes.

Les Anglais emploient avec succès la solution styptique de Bath. On en met un gros dans une once d'eau froide, puis on en fait des injections plusieurs fois par jour; on augmente ou on diminue la dose de la solution suivant le degré de la maladie.

INFLAMMATIONS DU GLOBE DE L'ŒIL.

—

Ce sont ces inflammations qui ont principalement reçu le nom d'*ophthalmies.* Je traiterai spécialement de celles de la conjonctive, de la cornée transparente et de l'iris. Nous étudierons ces inflammations diverses lorsqu'elles sont exemptes de toute complication et de toute cause spécifique. Nous procéderons ainsi du simple au composé, ce qui nous laissera des idées plus nettes et plus précises sur le sujet qui nous occupe.

Pour bien comprendre ce que j'aurai à vous dire sur les diverses vascularisations de l'œil dans les inflammations du globe oculaire, je dois en peu de mots vous rappeler le mode de distribution des vaisseaux dans cet organe. Cela est important, car les caractères distinctifs des inflammations de la cornée, de l'iris et de la conjonctive, reposent en grande partie sur le genre de vascularisations des tissus affectés.

Les artères de l'œil viennent toutes ou presque toutes de la branche ophthalmique fournie par la carotide interne. Ses divisions se distribuent de la manière suivante dans le globe de l'œil et les paupières (1), ainsi que je l'ai décrit dans mon *Traité d'Anatomie chirurgicale.* Les unes sont destinées aux paupières, les autres à la conjonctive; quelques unes à la sclérotique, et les autres à l'intérieur de l'œil. Quoique diverses anastomoses les fassent quelquefois communiquer entre elles, le réseau artériel des paupières appartient à trois branches principales, la nasale, celle de la glande lacrymale et la frontale. Les divisions de la temporale, de la sous-orbitaire, de la transverse et de l'angulaire de la

(1) Voyez *Anatomie chirurgicale* de M. Velpeau, t. I, p. 305 et suiv.. 3e édition.

face, avec lesquelles il communique, ne lui appartiennen point en propre; mais elles font que les paupières sont soumises à l'influence d'un double système circulatoire. Du reste, on s'assure, à l'aide d'injections fines et d'une dissection soignée, que les artères dites palpébrales se perdent presque entièrement dans les bulbes ciliaires et dans les couches qui séparent les cartilages tarses de l'épiderme. C'est de quelques ramuscules de la nasale, et surtout de l'artère lacrymale, au contraire, que les glandes de Meibomius, ainsi que la portion conjonctivale du bord libre de chaque paupière en reçoivent un certain nombre; en sorte que nous trouvons là une première tendance à l'isolement des canaux sanguins de chaque couche organique; que le pourtour et la peau des paupières empruntent une partie de leurs artères à celle du crâne et de la face; que les tissus intermédiaires aux téguments et à la couche fibro-cartilagineuse les puisent dans les arcades palpébrales; enfin que les glandules profondes et l'élément muqueux les reçoivent de la glande lacrymale et de la nasale avant de sortir de l'orbite.

Deux ordres d'artères se laissent apercevoir dans la conjonctive; les unes y arrivent des paupières et sont une dépendance du réseau précédent; les autres sont des ramifications apportées par les branches musculaires supérieures et inférieures. D'un côté comme de l'autre, ce sont des vaisseaux d'emprunt, et nulle part la conjonctive ne peut revendiquer des artères propres. Cette membrane n'en est pas moins très riche en ramuscules sanguins, qui se présentent dans son tissu, sous la forme de filaments tortueux, arborescents, fréquemment anastomosés entre eux et de plus en plus fixes à mesure qu'on se rapproche de la cornée ou du bord adhérent du cartilage tarse. C'est là surtout qu'il faut chercher leurs embranchements avec ceux de l'intérieur de l'œil et des divers plans palpébraux. Ainsi les artères de la conjonctive ne sont que des ramifications secondaires

des branches musculaires de l'orbite, et de celles qui vont aux paupières, ramifications qui, après avoir laissé dans la membrane muqueuse un réseau très apparent, finissent par se mêler aux artérioles terminales du plan ciliaire ou palpébral profond et du plan de la sclérotique.

La sclérotique, comme les autres membranes fibreuses, ne renferme qu'un petit nombre de vaisseaux; peut-être, cependant, en contient-elle plus qu'aucune des autres tuniques du même ordre, surtout dans son tiers antérieur. Elle les emprunte presque tous aux artères musculaires, qui, après avoir fourni des rameaux aux muscles et au tissu cellulaire de l'orbite, se rapprochent de l'œil, rampent dans l'épaisseur ou à la surface des tendons, et arrivent ainsi dans la propre substance de la sclérotique, en s'approchant de la cornée; ils forment, d'ailleurs, un plan fort irrégulier, à ramifications rares, indépendant de celui de la conjonctive et en grande partie aussi de celui de la choroïde. Leurs rameaux les plus évidents sont assez superficiels et semblent particulièrement destinés au tissu lamelleux, dense et serré qui constitue ou recouvre le plus immédiatement les couches externes de la coque oculaire, et qui finit par se confondre avec le tissu cellulaire sous-muqueux de la conjonctive. Quelques uns de leurs capillaires ne s'en prolongent pas moins jusqu'auprès de la cornée, de manière à pouvoir s'anastomoser là, avec ceux de la conjontive en dehors, et ceux de l'iris au-dedans, de manière que les artères de la conjonctive et de la sclérotique naissent en réalité des mêmes troncs, pour se confondre de nouveau à leurs extrémités, quoi qu'elles soient restées longtemps séparées dans des couches tout à fait distinctes.

Des artères qui entrent dans l'œil par sa moitié postérieure, l'une, la centrale de la rétine, se perd toute entière dans la membrane nerveuse, à l'exception du rameau qui traverse le corps vitré pour s'épanouir derrière la cap-

sule du cristallin; les autres, les ciliaires qui se distribuent principalement à la choroïde et à l'iris, méritent une attention plus spéciale, près de leur terminaison. On en distingue d'abord quatre : deux pour les extrémités du diamètre transversal, les deux autres pour les extrémités du diamètre vertical de l'iris. Une infinité d'artérioles plus petites se voient entre celles ci. Le tout représente un anneau convergent, à radiures extrêmement fines, distribuées comme celles des procès ciliaires, et qui semblent se détacher de la choroïde pour s'engager dans les couches internes de la sclérotique ou gagner le pourtour de la cornée. C'est de là que part aussi une série de capillaires qui se rapprochent assez de l'extérieur pour s'anastomoser avec les artères de la conjonctive et avec quelques unes de celles de la sclérotique empruntées directement aux musculaires. Ce réseau alimente donc en même temps l'iris, le cercle ciliaire et le devant de la sclérotique. C'est presque uniquement par son intermède que s'établissent les communications vasculaires entre l'extérieur et l'intérieur de l'œil, que les artères, qui pénètrent parfois le tissu de la cornée, peuvent appartenir à la fois aux vaisseaux de la conjonctive, à ceux du devant de la choroïde, et même à ceux de la sclérotique proprement dite.

Les veines suivent à peu près la même distribution que les artères, et comme elles présentent dans l'étude des maladies des yeux beaucoup moins d'importance que les artères, j'en dirai peu de choses. Une veine plus volumineuse que les autres se portant de la face à la selle turcique fait communiquer directement l'angulaire avec l'ophthalmique. Cette communication, qui explique en partie pourquoi les affections des organes contenus dans la cavité orbitaire se transmettent si facilement à l'encéphale et réciproquement, prouve aussi que, dans les maladies de l'œil, l'ouverture de la veine faciale est de nature à produire un dégorgement très prompt, et que probable-

ment on la néglige trop. Les veines de la conjonctive sont grosses et nombreuses. Dans les paupières, elles ont aussi un volume considérable. Là elles communiquent largement avec les veines temporales, sous orbitaires et frontales. Dans l'intérieur de l'orbite, derrière la conjonctive, sur la choroïde, les veines ont une disposition qui n'offre plus rien d'intéressant pour l'étude des ophthalmies.

Les ophthalmies doivent être et sont en effet en grande partie sous la dépendance du système vasculaire des tissus qui sont le siége de l'inflammation. Aussi les remarques que je viens de vous faire sur la distribution des vaisseaux dans le globe oculaire, permettent d'établir des distinctions très tranchées et fondamentales, dans les inflammations de l'œil et de ses dépendances. Ainsi, dans les *blépharites cutanées*, nous avons vu que l'inflammation diffuse est accompagnée d'un gonflement d'autant plus grand, et d'une coloration d'autant plus foncée qu'on se rapproche davantage de la racine des paupières, ce qui s'explique très bien par la mollesse et la vascularité d'autant plus grande des tissus, qu'on se rapproche davantage du contour de l'orbite. Nous avons vu ensuite, dans la *blépharite muqueuse*, que l'injection sanguine peu marquée près du bord libre de la paupière va en augmentant d'intensité en approchant de la rainure oculo-palpébrale. Cette disposition est en rapport direct avec l'ordre dans lequel nous avons vu se distribuer les branches des artères musculaires dans la conjonctive. Lorsqu'il y a au contraire *blépharite glanduleuse*, ou *blépharite ciliaire*, l'injection sanguine se maintient sur le bord libre, ne gagne pas au loin, et est d'autant plus marquée qu'on se rapproche davantage des cils, parce que les vaisseaux de la conjonctive se confondent avec ceux de la racine des cils, et forment un réseau très fourni au milieu de tissus très serrés. Dans les inflammations de la conjonctive la teinte foncée et comme violacée de la muqueuse dépend de ce que les veines y sont nombreuses et volumineuses.

Cette injection est de plus en plus foncée à mesure qu'on s'éloigne de la cornée, parce que les artères sont de moins en moins nombreuses. Enfin la rougeur s'étend difficilement sur la cornée, à moins que les plans profonds ne soient pris en même temps, attendu que les vaisseaux de la conjonctive s'arrêtent à quelque distance de cette membrane. Comme la cornée ne contient pas de vaisseaux dans l'état sain, elle n'est le siége d'aucune rougeur au début de ses inflammations; c'est à son pourtour que la rougeur existe. Elle se montre sous la forme d'un anneau large de deux à trois lignes, plus ou moins complet, d'où partent des rayons fins et divergents. Cet anneau est évidemment dû à l'injection des vaisseaux ciliaires ou choroïdiens. Au lieu d'un anneau, ce sont quelquefois de simples taches qui siégent plus particulièrement aux extrémités des diamètres vertical et transversal de l'œil à l'endroit où viennent se rendre les quatre branches principales des artères ciliaires. L'iris est alimenté par les mêmes vaisseaux, c'est ce qui explique pour quoi cette membrane participe si aisément à l'inflammation de la cornée. Tous les caractères propres à l'injection de chaque partie sont si tranchés, pour quiconque sait les apprécier, que la combinaison des diverses inflammations de l'iris, de la cornée, de la conjonctive, etc., n'empêche pas de la reconnaître dans les ophthalmies les plus graves et les plus compliquées. Vous allez d'ailleurs avoir la preuve de ce que je vous avance dans la description que je vais vous faire des phlegmasies des diverses membranes de l'œil.

§ II. Conjonctivites oculaires.

La conjonctive oculaire renferme les mêmes éléments anatomiques que la conjonctive palpébrale, il en résulte qu'elle se trouve exposée à peu près aux mêmes variétés d'inflammations. C'est ainsi que nous trouverons une conjonctivite

simple ou avec chémosis, une conjonctivite *granuleuse*, une conjonctivite *purulente*. Nous y verrons en outre une nuance qui lui est propre, la *papuleuse*.

1° *Conjonctivite simple.*

La conjonctivite simple ou franche est une maladie très commune et généralement légère. La conjonctive est d'un rouge plus ou moins vif; cette rougeur tire tantôt sur le jaune, tantôt sur le carmin, d'autres fois sur le pourpre ou le violet. La membrane est épaissie, on aperçoit à sa surface une quantité considérable de vaisseaux entrecroisés dans tous les sens, et dont les uns sont d'un bleu violet ou d'un rouge vif, très probablement par suite de la présence soit du sang artériel soit du sang veineux; ces vaisseaux, de grosseur différente, diminuent de plus en plus de volume, à mesure qu'ils s'approchent de la cornée transparente, et ils se terminent à environ une ligne de cette cornée par un chevelu excessivement fin; ils s'anastomosent dans ce point avec les vaisseaux profonds. Ils sont d'autant plus gros qu'on les examine plus près du repli oculo-palpébral. Quand l'inflammation est très forte, on voit des vaisseaux très fins arriver jusqu'à la circonférence de la cornée et qui se prolongent même plus ou moins sur elle. Sous ce réseau, qui est développé dans l'épaisseur de la conjonctive, on peut distinguer parfaitement bien la couleur blanche de la sclérotique. Ce réseau est d'ailleurs très mobile et paraît séparé de la sclérotique par un tissu cellulaire extrêmement souple. Il y a un larmoiement très faible, ou même il n'y en a point, les malades voient très distinctement, et n'ont aucune crainte de la lumière. La sécrétion muqueuse est tantôt claire et abondante et coule sur la joue. Quelquefois elle est épaisse, se rassemble au grand angle de l'œil, s'y concrète plus ou moins, et colle les paupières. Elle acquiert dans certains cas des qualités

irritantes, car elle produit sur les joues une espèce d'eczéma. Les malades éprouvent quelquefois la sensation de la présence de graviers dans l'œil, comme dans la blépharite muqueuse. Du reste, la douleur est modérée; il y a seulement un peu de chaleur dans la région orbitaire, un peu de céphalalgie et rarement de la fièvre.

Dans quelques circonstances, la conjonctive, au lieu de présenter une augmentation dans sa sécrétion, est sèche et présente un aspect luisant. Si cet état persistait pendant un certain temps, on pourrait craindre que ce ne fut le début d'une maladie grave, la *xérophthalmie*, maladie sur laquelle je vous donnerai plus tard quelques détails.

La conjonctivite simple n'est point une maladie grave; abandonnée à elle-même, cette affection guérit au bout de dix, quinze, ou vingt jours. Ce n'est que par exception, ou par suite de complications, qu'elle dure plus. Bien traitée, elle peut guérir en sept ou huit jours.

2° *Conjonctivite avec chémosis.*

La conjonctivite ne reste pas toujours à l'état de simplicité que nous venons de voir. Lorsqu'elle est intense, elle se complique d'accidents qui méritent une description particulière; tel est par exemple le *chémosis.*

Dans ce cas, la muqueuse oculaire présente une rougeur uniforme, qui ne permet plus de distinguer les vaisseaux qui entrent dans sa composition. Elle s'épaissit considérablement. Le tissu cellulaire qui la double s'infiltre de sang, et la couleur blanche de la scélérotique ne peut plus être aperçue. La conjonctive, épaissie et comme fongueuse, vient former autour de la cornée transparente un bourrelet ou relief plus ou moins épais et saillant qui empiète même sur elle, et peut nuire alors à la vision. C'est ce bourrelet qu'on nomme le *chémosis.*

Le *chémosis* présente plusieurs nuances. Tantôt il y a une très violente inflammation, et il est nommé alors *chémosis inflammatoire*, ou *phlegmoneux*, d'autres fois l'inflammation est médiocre, et on le nomme *chémosis séreux* ou *œdémateux*.

Chémosis inflammatoire. Il est constitué par un bourrelet, très saillant d'une rougeur très vive, qui est uniforme, et qui de distance en distance offre un pointillé rougé, semblable à celui qu'on observe dans la substance cérébrale enflammée. On pourrait jusqu'à un certain point comparer cet état de la membrane muqueuse et celui de son tissu cellulaire sous-jacent infiltré de sang et participant lui-même à l'inflammation, à celui que l'on observe dans l'érysipèle phlegmoneux; tandis que lorsque la conjonctive seule est enflammée, et que son tissu cellulaire sous-jacent n'est point affecté, on peut comparer la maladie à l'érysipèle simple. — Le chémosis inflammatoire n'est pas, à proprement parler, une maladie, c'est seulement un symptôme qui correspond à l'état inflammatoire de la conjonctive.

Chémosis séreux. Ici la conjonctive est boursoufflée, comme dans le cas précédent; mais, au lieu d'être d'un rouge vif, le bourrelet est blanchâtre ou grisâtre, ou d'un gris jaunâtre. Il y a infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire sous-muqueux. On n'observe plus, comme dans le chémosis inflammatoire, une tension des tissus, une turgescence inflammatoire; au contraire la conjonctive est mollasse, et conserve pour ainsi dire l'impression du doigt. Il y a très peu de douleurs. On observe le bourrelet séreux à la suite des inflammations peu intenses, chez les individus d'une constitution molle ou lymphatique, chez les nouvelles accouchées, chez les ouvriers qui travaillent les métaux, surtout le plomb ou le cuivre. *Galien* avait déjà fait mention de cette maladie, et *Guillemot* l'a décrite sous le nom d'*ophthalmie œdémateuse* ou d'*œdème ophthalmique*.

Vous ne confondrez pas, Messieurs, *le chémosis œdémateux*, suite d'inflammation de la conjonctive, ou l'accompagnant, avec celui que l'on remarque chez les individus dont la conjonctive est œdématiée, en même temps qu'ils ont une infiltration générale, comme cela se voit dans les maladies du cœur, l'ascite, etc., etc. Ici le chémosis est chronique, et ce n'est pas dont il s'agit.

Le chémosis est une maladie peu grave. Il guérit généralement très bien. Seulement, dans les conjonctivites avec chémosis, la guérison se fait un peu plus attendre que lorsqu'elles sont simples. Il est bon de savoir cependant, que quelquefois dans la conjonctivite avec chémosis l'inflammation s'étend parfois à la cornée, et qu'il faut se hâter en conséquence d'abréger le plus possible sa durée pour que cette complication ne s'établisse pas.

3° *Conjonctivite partielle.*

Comme l'inflammation de la muqueuse oculaire n'occupe pas toujours entièrement la membrane, et qu'elle peut être bornée à un ou plusieurs points, on a admis des conjonctivites partielles, c'est ainsi qu'on la nomme *angulaire* quand elle se trouve à l'un des angles de l'œil. C'est plus ordinairement à l'angle externe qu'à l'interne qu'elle a lieu.

Elle se présente sous la forme d'une plaque rouge, d'un triangle dont la base regarde la cornée, et la pointe une des commissures des paupières. Elle est tantôt d'un rouge vif et tantôt d'un rouge violet. Elle ressemble à ces ecchymoses que l'on y voit survenir à la suite d'une violence extérieure, et qui siégent habituellement soit à l'angle externe, soit à l'angle interne. Cette plaque est sillonnée par une foule de petits vaisseaux tortueux et mobiles sur la couche sous-jacente. Ces conjonctivites partielles peuvent s'observer ailleurs qu'aux angles de l'œil. Il arrive dans

certains cas qu'elles sont multiples ; on remarque alors diverses plaques de forme variée, au dessus, au dessous, en dehors, en dedans de la cornée. Souvent alors le tissu cellulaire sous-muqueux s'affecte et la maladie se complique d'une altération de la cornée dans ses lames les plus superficielles. On voit s'avancer peu à peu vers elle les petites plaques qui finissent pour l'envahir, et y développer les accidents de la kératite. Je n'insisterai pas sur les autres symptômes des conjonctivites partielles, attendu qu'ils sont tout à fait comparables à ceux des conjonctivites simples ou diffuses.

Les conjonctivites partielles durent plus longtemps que les conjonctivites générales ou diffuses. Cependant en les traitant bien, on les voit généralement disparaître au bout de huit ou de quinze jours au plus.

4° *Conjonctivite papuleuse.*

Cette conjonctivite consiste en de petits gonflements partiels et circonscrits de la conjonctivite, en de véritables aphthes semblables à celles que l'on observe sur la membrane buccale. Cette maladie est assez fréquente, et vous avez pu en voir un assez grand nombre dans nos salles. On a pris souvent ces saillies pour des ulcérations, et il vous sera facile de voir que c'est une erreur grossière ; en effet, pour qu'il y ait ulcération, il faudrait que la muqueuse fût détruite, et il suffit du plus simple examen pour voir que cela n'a pas lieu. Ces saillies ou papules sont le résultat de l'inflammation de la conjonctive. La paupière frottant continuellement sur elles, il en résulte pour les malades la sensation de graviers. Elles sont une cause continuelle d'irritation.

5° *Conjonctivite granuleuse.*

Cette conjonctivite présente les mêmes caractères anatomiques que la blépharite granuleuse. Comme dans cette dernière maladie, son siége se trouve dans les follicules de la membrane muqueuse. Elle existe à l'état aigu ou à l'état chronique; ce dernier est néanmoins le plus fréquent.

Les auteurs, qui ont étudié cette conjonctivite à l'état chronique, la regardent comme une conséquence de l'ophthalmie *dite catarrhale* ou *purulente*. La plupart de ces auteurs n'admettent même l'existence de cette ophthalmie qu'aux paupières. Car ils prétendent que c'est dans la conjonctive palpébrale seulement qu'on trouve des follicules, et qu'il n'y en a pas dans la conjonctive oculaire regardée par eux plutôt comme une membrane séreuse que comme une membrane muqueuse : mais ayant pour ma part constaté d'une manière manifeste des granulations sur la conjonctive oculaire, lorsque je n'en trouvais aucune trace sur la conjonctive palpébrale, je suis forcé d'admettre cette conjonctivite comme espèce à part. Quant à l'existence des follicules qui sont regardés comme étant le siége de la maladie, si on prouvait qu'elle n'a pas lieu, il serait certain alors que les granulations ne sont point dues à leur développement morbide, mais se trouvent dans un autre élément anatomique de la conjonctive oculaire. Quoi qu'il en soit, cette forme de la conjonctive oculaire se caractérise de la manière suivante. La conjonctive est beaucoup plus pâle que dans la conjonctivite simple. Elle présente à sa surface des granulations en plus ou moins grande quantité, mais toujours beaucoup moins nombreuses que dans la blépharite granuleuse; tantôt ces granulations sont isolées, d'autres fois elles sont agglomérées dans un ou plusieurs points et laissent entre elles des intervalles plus ou moins grands. La secrétion muqueuse est

moins abondante que dans la conjonctivite simple, elle est tantôt limpide et tantôt trouble, elle peut être même purulente. Dans certains cas elle est diminuée et quelquefois même presque complétement abolie; ce qui pourrait faire craindre la *xérophthalmie*. La sensation de la présence de graviers entre les paupières et le globe de l'œil est très prononcée. Mais du reste il n'y a point de photophobie ni de larmoiement.

Avant de passer à la description de la conjonctivite purulente qui diffère complétement des autres conjonctivites et qui n'a de commun avec elles que le siége, je vais parler de leur traitement. Je dois toutefois vous faire, à l'occasion de ces maladies, les mêmes remarques que je vous ai faites pour les blépharites, c'est à dire que leurs diverses nuances ne sont pas toujours isolées et distinctes, et qu'elles sont au contraire le plus souvent combinées l'une avec l'autre.

TRAITEMENT DES CONJONCTIVITES.

Quoique les conjonctivites que nous avons décrites ne soient pas aussi graves que les kératites, puisqu'elles n'empêchent pas la vision de s'effectuer, elles doivent être traitées avec beaucoup d'attention et d'activité, car elles se propagent souvent à la cornée et aux autres membranes de l'œil, ce qui devient alors très dangereux pour les fonctions de l'organe.

Je vous dirai, une fois pour toutes, qu'en commençant le traitement des conjonctivites, on doit d'abord faire attention à l'état général du malade. Ainsi on aura recours aux saignées générales, si l'individu est jeune, pléthorique, aux saignées coup sur coup suivant la méthode de M. *Bouillaud*, aux saignées locales si l'inflammation est très violente, aux purgatifs, aux vomitifs s'il y a embarras gastrique ou intestinal, à la diète, aux pédiluves, etc., on

combattra, en un mot, les affections concomitantes par les moyens qui leur sont appropriés. On fera d'ailleurs cesser toute espèce de travail de l'œil, on maintiendra cet organe dans un grand état de propreté, etc., etc., Mais vous n'oublierez pas que ce traitement n'est en quelque sorte qu'accessoire, que ce ne sont que des moyens indirects qui ne peuvent pas produire la guérison quand on les emploie seuls, qu'enfin le traitement propre des conjonctivites est un traitement topique, et que lui seul a une efficacité réelle. Ce traitement subit d'ailleurs des modifications importantes suivant la nuance de la maladie.

Traitement de la conjonctivite simple ou diffuse.

Dans la conjonctivite simple légère, les lotions émollientes, l'eau de guimauve, l'eau de graine de lin, l'eau tiède même, suffisent quelquefois pour obtenir la résolution de la maladie en sept, huit ou dix jours. Si, sous l'influence de ces moyens, la maladie ne rétrograde pas, on a recours aux lotions avec de l'eau de rose ou de mélilot, ou à de l'eau distillée de plantain, dans chaque once de laquelle on met quelques gouttes d'acétate de plomb, etc., et à cent autres espèces de collyres dits résolutifs, dont on trouve les formules dans les livres anciens ou nouveaux. Ces moyens sont bons, sans doute ; mais si on veut guérir vite, et qu'on ait à traiter des personnes dont les yeux ne sont pas trop irritables, il faut avoir recours aux collyres astringents dont nous avons déjà fait mention, à l'occasion des blépharites. Parmi eux, c'est au collyre préparé avec le nitrate d'argent, que je donne la préférence. L'emploi de ce médicament dans les conjonctivites n'est pas nouveau sans doute; il y a plus de deux siècles qu'on en a fait usage ; dans des temps plus modernes, on l'a aussi préconisé. *Saint-Yves, Heister, Guthrie, Scarpa*, l'ont employé avec plus ou moins de succès ; mais ce n'est pas comme

eux que j'administre ce remède, c'est en solution caustique, ou en crayon que ces auteurs l'emploient ordinairement ; Guthrie le combine avec le laudanum, avec l'acétate de plomb; moi, au contraire, je l'emploie seul comme astringent et à faible dose. Ici je vous rappellerai, à l'occasion de l'emploi de ces collyres au nitrate d'argent, quelques uns des préceptes que je vous ai donnés pour le traitement des blépharites.

On commence par une solution à la dose d'un demi-grain dans une once d'eau distillée pour les enfants, d'un grain ou un grain et demi chez les adultes; on augmente ensuite la dose progressivement; au bout de trois ou quatre jours on cesse l'emploi du remède, puis on le reprend deux ou trois jours plus tard, et ainsi de suite jusque à guérison. Ordinairement, pendant les premiers jours de l'usage de ce collyre, l'inflammation paraît augmentée; il n'en faut pas moins continuer; c'est pendant la suspension du remède qu'on voit l'amélioration se produire, et la maladie marcher vers la guérison. On revient néanmoins à la même médication jusqu'à ce qu'on ait obtenu la disparition de tous les symptômes inflammatoires. Si, au contraire, on remarque, pendant les moments de relâche, que ces symptômes se sont exaspérés, au lieu de s'être amendés, c'est que le nitrate d'argent ne convient pas ; il faut y renoncer et suivre une autre marche : les saignées sont surtout indiquées en ce moment, et c'est principalement à la saignée générale pratiquée, suivant la méthode de M. *Bouillaud*, que je conseillerais d'avoir recours. Je viens tout nouvellement de l'employer avec le plus grand succès sur une malade couchée au n° 29 de la salle des femmes. Elle était très forte et pléthorique : les topiques résolutifs et astringents avaient échoué; j'ai eu recours aux saignées coup sur coup, et j'ai parfaitement réussi. Si l'état général des individus contre-indique les saignées, on étudie alors leurs organes digestifs, et, s'ils sont sains, on essaie de

dériver sur eux, à l'aide des purgatifs de nature diverse, tels que le calomel, l'eau de Sedlitz, l'eau de Pulna, l'huile de ricin, etc., etc. Si les entrailles sont trop irritables, on fait usage des révulsifs sur la peau, des vésicatoires au cou, aux tempes, du séton à la nuque; mais en général il ne faut pas trop se hâter d'avoir recours à ces moyens.

Je vous dirai encore, à l'occasion de l'emploi du nitrate d'argent en collyre dans la conjonctivite, qu'il faut prendre quelques autres précautions pour son administration, ainsi il ne faut pas en laver l'œil, c'est seulement quelques gouttes qu'il faut instiller entre les paupières le matin et le soir; lorsque le médicament est déposé à la surface de la conjonctive, on rapproche, ou on laisse les paupières se rapprocher, et on les tient ainsi quelques secondes dans cette position, tandis qu'on ordonne au malade de faire mouvoir le globe de l'œil; de cette manière le nitrate d'argent se trouve en contact avec toute l'étendue de la maladie, et le succès est plus assuré.

Si, au lieu de se borner à instiller ce collyre entre les paupières, deux fois par jour, on renouvelait cette opération quatre, cinq ou six fois dans le cours de la journée, réussirait on plus vite? C'est une expérience que je n'ai point encore faite et que je crois bonne à tenter.

2° *Traitement du chémosis inflammatoire.*

Le chémosis inflammatoire exige un traitement combiné: d'abord le traitement antiphlogistique énergique, les saignées générales, locales, les dérivatifs de toutes sortes, etc..., etc..., puis le traitement direct. C'est ici que je dois mentionner les scarifications. De tout temps elles ont été employées. Les anciens la pratiquaient avec des épis de blé, des chardons, et plus tard on se servit, d'instruments particuliers. Elles ont été très vantées par *Demours*, en France. On s'en est servi beaucoup en Angle-

terre. On en fait encore usage dans ce pays. Chez nous encore, M. *Sanson* les emploie et dit en obtenir de bons résultats. Je ne puis, à l'égard de ce remède, porter un jugement quelconque, car je ne m'en sers point.

L'application des sangsues sur la conjonctive oculaire est un moyen dont on a cru pouvoir recueillir des résultats avantageux, et dont on a aussi fait un grand éloge; je l'ai beaucoup employé et depuis longtemps, car déjà, en 1817, j'ai fait à Tours, avec M. Bretonneau, plusieurs expériences à ce sujet. Je m'en suis toujours ou presque toujours bien trouvé; toutefois je m'en sers fort rarement aujourd'hui, non pas que j'aie changé d'opinion sur l'efficacité du remède ou que je le regarde comme douloureux, ainsi que le pensent quelques personnes, mais parce que je crois qu'on peut le remplacer très efficacement ainsi que les scarifications par les collyres astringents. Aussi maintenant, quand j'ai à traiter un chémosis phlegmoneux, j'ai recours d'abord aux saignées générales répétées suivant les cas, aux saignées locales, sur les tempes, derrière les oreilles ou sur la conjonctive oculaire, mais très rarement, ainsi que je viens de vous le dire, aux dérivatifs sur la peau, le canal intestinal, etc..., etc...; puis enfin, aux collyres astringents, et surtout à celui préparé avec le nitrate d'argent. Je ne reviendrai pas sur les détails que je vous ai déjà donnés à son occasion. C'est toujours de la même manière qu'on en fait usage.

3° *Traitement du chémosis séreux ou œdémateux.*

Le traitement du chémosis séreux nous occupera peu; sa nature n'étant pas essentiellement inflammatoire, il est inutile d'avoir recours aux antiphlogistiques comme dans le chémosis inflammatoire. Les dérivatifs sur le canal intestinal seront surtout mis en usage. Le purgatif qui m'a semblé le plus avantageux dans cette circonstance est le calo-

mel. A ces moyens, il faudra joindre les collyres astringents qui constituent le remède le plus efficace et celui sur lequel on doit le plus compter. Le collyre au nitrate d'argent est encore celui qui m'a toujours semblé préférable.

Avant de passer au traitement des autres nuances de la conjonctivite, je dirai, à l'occasion de la conjonctivite diffuse, que chez des individus atteints de cette maladie, portée à un très haut degré, et qui avaient été en même temps affectés de syphilis mal traitée ou qui n'avaient jamais subi de traitement antivénérien, et chez lesquels je soupçonnais encore l'existence de cette complication, j'ai employé avec beaucoup d'avantage le calomel dans un collyre composé d'un gros de cette substance dans quatre onces d'eau de guimauve. Les collyres au sublimé ne m'ont paru dans ces cas doués d'aucune efficacité particulière.

4° *Traitement de la conjonctivite partielle.*

La conjonctivite partielle, angulaire ou autre n'exige pas un traitement différent de celui de la conjonctivite diffuse ordinaire. Je n'ai donc pas besoin d'insister longtemps sur ce point. Seulement je dirai que la solution de nitrate d'argent doit être employée d'une manière plus mesurée que dans la conjonctivite diffuse, et qu'il faut tâcher autant que possible de ne la déposer que sur les points enflammés de la membrane.

5° *Traitement de la conjonctivite papuleuse.*

La conjonctivite papuleuse ne cède pas toujours à l'emploi des collyres ordinaires. La solution de nitrate d'argent est souvent elle-même insuffisante. Il vaut mieux avoir recours à la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. On pratique cette cautérisation en touchant légèrement la papule avec la pointe du crayon, puis avant

de laisser les paupières se rapprocher et se fermer, on a soin d'instiller entre elles de l'eau fraîche, pour que le caustique ne se porte pas sur les parties saines de la conjonctive oculaire. Sous l'influence de cette cautérisation, la phlegmasie commence d'abord par s'aggraver; mais au bout de deux ou trois jours, l'amélioration se manifeste et va toujours en croissant, de telle sorte que souvent, sans qu'on soit obligé de répéter la cautérisation et sans qu'on fasse rien autre chose, la maladie cesse et disparaît complétement au bout de cinq ou six jours. Il y a des cas cependant où cette conjonctivite est très rebelle et ne cède qu'après un certain nombre de cautérisations.

6° *Traitement de la conjonctivite granuleuse.*

Cette variété de la conjonctivite est comme celle de la blépharite granuleuse d'une extrême tenacité. C'est sans contredit la plus rebelle de toutes. Elle est cependant moins difficile peut-être à guérir que la blépharite granuleuse. Pourquoi cela, Messieurs, je ne saurais vous le dire, mais c'est un fait dont vous ayez été témoins bien des fois dans nos salles, et que vous pouvez encore vérifier tous les jours. Quant au traitement particulier de cette maladie, je n'aurai rien à vous dire de plus que ce que je vous ai dit à l'occasion de la blépharite granuleuse; c'est absolument la même chose, et je vous renvoie à ce que nous avons dit à ce sujet. La cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent est, comme vous le savez, le moyen le moins inefficace de ceux que j'ai employés, et auquel je vous conseillerais d'avoir recours de préférence à tous les autres (1).

(1) M. Welch conseille de promener légèrement le nitrate d'argent ou le sulfate de cuivre, taillés en crayon, à la surface de la muqueuse granulée, non pas pour produire des escarres, mais pour amener un changement graduel dans l'état de la conjonctive. Il recommande d'ajouter à l'action des

CONJONCTIVITES PURULENTES.

Il règne à l'égard des *ophthalmies purulentes* une grande confusion dans les auteurs. Pour établir un peu d'ordre et de clarté dans leur description je ferai la division suivante.

En ayant égard au siége primitif de la maladie, je la réduirai à deux variétés principales : 1° la blépharite purulente : nous l'avons décrite ; 2° la conjonctivite purulente. C'est de cette dernière seulement que nous avons à nous occuper.

Je nomme encore les conjonctivites dont je vais vous entretenir, *conjonctivites contagieuses*, parce qu'elles le sont évidemment et que tous les praticiens en conviennent aujourd'hui.

Il y a plusieurs nuances dans la conjonctivite purulente. L'histoire a consacré le souvenir de plusieurs épidémies de de conjonctivites purulentes, et il est même peu de pays où elles n'aient exercé leurs ravages. En France nous en avons eu plusieurs : en 1806, par exemple, et plus récemment encore, en 1830, nous en avons observé une bien caractérisée dans plusieurs hôpitaux de Paris. Avant d'entrer dans la description des espèces bien connues, je vais vous dire quelques mots des symptômes de la dernière épidémie qui a régné à Paris.

caustiques en instillant, le soir, une goutte de sous-acétate de plomb liquide pur entre les paupières. Quand ces moyens ne réussissent pas, il applique sur les granulations du vert-de-gris en poudre très fine, à l'aide d'un pinceau de poils de chameau ; dans d'autres cas, il emploie l'alun calciné ; enfin, dans les cas les plus rebelles, il passe rapidement sur les granulations un petit cylindre de potasse caustique. M. Guthrie a proposé l'usage de l'acide sulfurique pur. L'excision des portions de la conjonctive atteintes de granulations n'a pas amené de résultats avantageux.

Nous remarquerons du reste que ces auteurs n'appliquent ce traitement qu'aux paupières, car ils n'admettent les granulations que là, et non pas sur la muqueuse oculaire, opinion que ne partage pas M. Velpeau, ainsi que nous l'avons vu.

En vingt-quatre heures les paupières se gonflaient d'une manière énorme, la conjonctive était violacée, il y avait un peu de larmoiement et une sécrétion muqueuse très liquide. Au bout de deux ou trois jours, il se manifestait un très fort chémosis phlegmoneux. La chaleur dans l'orbite augmentait, il y avait douleur vive, céphalalgie, réaction fébrile intense, inappétence; la cornée se prenait bientôt, devenait opaque et le siége d'une fonte purulente rapide, ce qui amenait la perte irréparable de la vision et quelquefois celle du globe oculaire lui-même. Le siége de cette maladie, dont M. *Piorry* (1) a donné une bonne description, était certainement à son début dans *la conjonctive* oculaire et son tissu cellulaire sous-jacent. Cette conjonctivite épidémique est-elle la même que celle qui a régné à Paris en 1806, et en d'autres pays, je l'ignore. Cela est du reste fort difficile à décider, car on sait que généralement chaque épidémie à son retour présente un cachet particulier qui la différencie de sa précédente.

Le traitement de cette conjonctivite n'a pas été le même pour tous les praticiens de Paris. Les uns s'empressaient d'avoir recours aux émissions sanguines, d'autres les rejetaient comme essentiellement mauvaises. Quant à moi, n'ayant que peu ou point de confiance dans les émissions sanguines, j'employai, comme M. Piorry, la compression de l'œil à l'aide d'un linge fin enduit de cérat, puis de la charpie et par dessus des compresses et une bande roulée assez serrée : par ce moyen, j'ai obtenu des dégorgements rapides des paupières et de la conjonctive oculaire. Mais je n'ai pas osé, je l'avoue, employer la compression toute seule. Je l'ai unie à la solution de nitrate d'argent, à la dose d'un, deux ou trois grains par once d'eau distillée. J'ai obtenu d'assez promptes guérisons par ce traitement.

(1) Piorry, *Clinique médicale de l'hôpital de la Pitié et de l'hospice de la Salpétrière.* 1835, un vol. in-8°, page 243 et suiv.

Mais n'ayant pas eu à ma disposition un assez grand nombre de malades, je ne puis regarder ces faits comme concluants.

Des épidémies de conjonctivite purulente ont été observées souvent dans diverses localités, tant en France qu'à l'étranger : aussi, chacune d'elles a pour ainsi dire eu son historien; mais chaque auteur, entraîné par l'appréciation minutieuse et exagérée de quelques symptômes, et peut-être aussi par le désir de faire du nouveau, a cru ou voulu décrire une maladie nouvelle. On serait obligé ainsi d'admettre des variétés infinies de conjonctivites purulentes. Mais si on étudie avec une grande attention et dégagé de toute prévention les descriptions qui ont été données de ces maladies, on verra qu'on peut les rapporter toutes, soit à l'*ophthalmie* dite *blennorrhagique*, soit à l'*ophthalmie d'Égypte*. La première a, ainsi que tous les auteurs en conviennent, une origine syphilitique. Je crois pouvoir rapporter à la seconde toutes les épidémies de conjonctivites purulentes qui ont été observées soit en France, soit ailleurs, et même celle qui fait actuellement tant de ravages en Belgique depuis plusieurs années, quoique quelques symptômes propres à cette dernière sembleraient en faire une affection à part (1).

(1) Pour M. Sichel, l'ophthalmie blennorrhagique n'est que le résultat d'un développement extraordinaire de l'ophthalmie catarrhale, laquelle comprend, ajoute-t-il, les nombreuses variétés d'ophthalmies, dites purulentes, admises par les ophthalmologistes, telles que l'ophthalmie d'Égypte, celle des nouveaux nés, celle des armées, celle des vidangeurs, affections identiques selon lui, et seulement plus ou moins modifiées par l'âge des individus et les circonstances qui président à leur formation et à leur progrès.

Sous le nom d'ophthalmie blennorrhagique, il n'entend pas une conjonctivite ayant nécessairement une origine syphilitique, mais toute affection accompagnée d'un écoulement muqueux ou puriforme plus ou moins copieux ; toutefois il désigne plus particulièrement par la dénomination d'ophthalmie blennorrhoïque le degré e moins aigu de la phlegmasie, et par celui d'ophthalmie blennorrhagique la période la plus élevée de l'inflammation. *Op. cit.*, p. 214, 258.)

1° *Ophthalmie blennorrhagique.*

Cette conjonctivite est commune, et avec raison regardée comme très dangereuse, puisqu'elle aveugle presque la moitié des individus qui en sont affectés.

Trois questions se présentent ici : 1° quelle est la cause ou l'origine de la maladie? 2° Quel est le tissu primitivement affecté? 3° Quel traitement opposer à cette dangereuse maladie.

Origine.— On a longtemps disserté à ce sujet. La première idée qu'on a émise, c'est que chez les individus attaqués de blennorrhagie uréthrale il y avait métastase ou transport de la maladie de l'urèthre sur la muqueuse oculaire. D'autres chirurgiens pensèrent que la maladie résultait du contact de la matière blennorrhagique uréthrale ou vaginale avec la conjonctive. Il est impossible, en effet, d'être certain que ce contact n'a pas eu lieu, même de la part des personnes les plus propres et les plus soigneuses. Enfin, on a admis cette maladie comme le résultat, dans certains cas, d'une infection syphilitique générale. Ces théories ont été également soutenues et attaquées par des arguments plus ou moins concluants. Je n'entrerai pas dans des détails à ce sujet, cette discussion nous mènerait beaucoup trop loin; je dirai seulement que, quel que soit le mode de développement de la conjonctivite blennorrhagique, on est généralement d'accord sur sa nature syphilitique. J'ajouterai que s'il est prouvé aussi par des exemples nombreux et des faits positifs que la contagion par le contact du pus syphilitique avec la muqueuse oculaire, est possible et fréquente, on peut aussi, dans d'autres cas, admettre la production de la conjonctivite purulente blennorrhagique par métastase. En effet, suivant moi, cette opinion sur la cause de la maladie n'est pas tant à dédaigner. N'est-il pas prouvé que l'infection vénérienne géné-

rale produit une modification particulière dans toutes les parties de l'économie, dans les fluides comme dans les solides? Alors qu'y a-t-il d'absurde à admettre qu'une conjonctivite développée accidentellement chez un individu atteint de syphilis, ou de blennorrhagie virulente puisse revêtir cette forme si dangereuse.

Siége. — Le tissu qui est atteint dans la conjonctivite blennorrhagique est très certainement la conjonctive oculaire. C'est ici qu'existe une différence très tranchée entre cette maladie et l'ophthalmie purulente des nouveaux nés, qui a pour point de départ la muqueuse palpébrale.

Symptômes. — Cette maladie se développe et se termine quelquefois avec une si grande rapidité, qu'en vingt quatre heures l'œil peut être désorganisé et la vision à jamais perdue; c'est ce qui fait qu'il devient alors impossible d'en étudier toutes les phases; mais ce n'est pas toujours ainsi que la maladie se comporte. Une plus grande lenteur dans sa marche permet ordinairement d'en étudier les diverses périodes et d'en pouvoir arrêter la terminaison fatale.

Voici les caractères qu'elle présente quand elle se développe avec une rapidité modérée.

La conjonctive devient d'un rouge uniforme, briqueté, jaunâtre, cinabré, qui se fonce davantage et prend un aspect violacé ou lie de vin. La vascularisation a une disposition particulière qui la rend caractéristique de la maladie. Les vaisseaux ne se distinguent pas d'une manière bien évidente; tous les éléments qui entrent dans la composition de la membrane muqueuse semblent confondus, tissu propre, vaisseaux, fluides,etc., tout semble mêlé et former à la surface du globe oculaire une sorte d'étoffe assez solide et assez dense (1). Cette surface muqueuse perd son poli, se

(1) Rust compare la muqueuse de l'œil dans la conjonctivite blennorrhagique, pour l'aspect, à une tranche de saumon fumé.

couvre bientôt de granulations d'une couleur variant depuis l'incarnat le plus pâle jusqu'au pourpre le plus foncé, d'un volume très variable depuis celui d'un sable très fin, jusqu'à celui d'un grain de millet et plus. Ces granulations varient aussi beaucoup en nombre, quelquefois elles sont presque confluentes, d'autres fois elles présentent entre elles des intervalles assez considérables. Le boursouflement de la conjonctive et de son tissu cellulaire sous jacent donne bientôt lieu au chémosis phlegmoneux. Les paupières se gonflent à leur tour, et prennent tous les caractères de la blépharite purulente des nouveaux nés. Leur face interne devient rouge, chaude et très douloureuse; la tuméfaction de la paupière supérieure est plus considérable que celle de l'inférieure, et celle-ci est quelquefois, comme chez les enfants nouveau-nés, recouverte presque entièrement par la supérieure. Dans quelque cas il y a ectropion, et alors on peut très bien observer l'état fongueux et granuleux de la conjonctive. La cornée transparente, d'abord saine au milieu de ce désordre, se prend bientôt; mais avant, il s'est établi un changement très remarquable dans la sécrétion muqueuse, et qui est tout à fait caractéristique de la maladie. Le mucus, d'abord liquide et abondant, devient épais, jaune, verdâtre, puriforme et en tout comparable au pus de la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme. Ce fluide est d'une abondance extraordinaire, se concrète sur les joues et les corrode souvent par son âcreté. Si on écarte les paupières, le pus qui est emprisonné entre elles s'en échappe par jet et coule en ruisseaux sur le visage; on a peine à comprendre qu'une surface aussi limitée que la muqueuse oculo-palpébrale puisse sécréter ou exhaler une aussi grande quantité de liquide. Il y a en même temps douleur profonde dans l'orbite et fièvre générale plus ou moins intense.

On a observé quelquefois que lorsque la quantité du mucus était très considérable, de nature réellement purulente, et

que par son âcreté ce liquide produisait sur la peau de longues traînées inflammatoires, la cornée restait parfaitement intacte; tandis que si la matière de l'écoulement était moins considérable, de nature blanchâtre et épaisse, sans corroder la peau, la cornée était plus promptement envahie et perdue. Cette règle, toutefois, est loin d'être générale, et il ne faut pas se hâter de fonder un pronostic plus ou moins favorable sur le seul aspect de la matière sécrétée.

On trouve souvent la cornée transparente encore saine au deuxième ou au troisième jour, mais il est rare que plus tard elle ne soit altérée de la manière la plus grave. Quelquefois on l'a vue prise et détruite au bout de vingt-quatre et même de douze heures; dans ce cas elle devient d'un gris blanchâtre; la vision se trouble, les malades disent apercevoir des nuages; une infiltration d'une matière opaque se fait dans l'épaisseur de la membrane, et bientôt sa surface externe se couvre d'une matière pulpeuse, qui se convertit en véritable pus : elle se ramollit évidemment : des ulcérations plus ou moins larges, à bords taillés à pic se manifestent, gagnent de plus en plus en profondeur, et finissent par la perforer complètement et donner passage aux humeurs de l'œil; l'iris s'engage à son tour dans les ouvertures, et l'inflammation se propage dans l'intérieur de l'œil, qui entre alors en pleine suppuration. Dans le cas d'une terminaison moins malheureuse, on voit l'écoulement devenir moins abondant, la matière être moins épaisse, le gonflement des paupières diminuer, le chémosis disparaître, et tout rentrer dans l'ordre peu à peu. Souvent les malades conservent longtemps une rougeur plus ou moins vive de la conjonctive et un écoulement demi-purulent qui, dans certains redevient virulent sous l'influence des écarts de régime, des impressions du froid, des courants d'air, etc., etc. Des taches sur la cornée et des lésions diverses de cette membrane sont très ordinairement le résultat de cette conjonctivite purulente. Nous aurons

occasion de traiter de ces maladies quand nous parlerons de la kératite.

Traitement. Cette maladie, ainsi que vous en pouvez juger par la description que je viens de vous en donner, réclame impérieusement le traitement le plus actif; elle ne permet pas au chirurgien de temporiser. Le moindre retard, la moindre hésitation dans l'administration des remèdes les plus énergiques, peuvent être suivis des plus funestes résultats. C'est à son début qu'il faut attaquer le mal, et encore arrive-t-il souvent que la médication la plus active et la mieux dirigée ne peut arrêter les progrès de la maladie et la désorganisation de l'œil.

Mais si tous les chirurgiens sont d'accord sur l'imminence du danger, ils ne le sont plus sur les moyens à employer pour le conjurer.

On a vanté beaucoup les émissions sanguines, les saignées générales larges et répétées coup sur coup, les sangsues appliquées en grand nombre aux tempes, au cou, autour des paupières, derrière les oreilles; on a laissé ces sangsues en permanence pendant plusieurs jours. On a pratiqué l'artériotomie, on a secondé ces émissions sanguines locales et générales par la diète la plus rigoureuse, les boissons délayantes, les pédiluves sinapisés, etc., etc., enfin par tous les moyens réputés les plus antiphlogistiques. Eh bien, Messieurs, de l'aveu même des praticiens qui adoptent exclusivement cette méthode de traitement, la moitié des malades qui y sont soumis perdent les yeux. Aussi ce traitement purement antiphlogistique a-t-il beaucoup perdu de la vogue qu'il avait. Ce n'est pas qu'il ne soit d'une grande utilité, qu'il ne soit même indispensable; mais il faut le combiner avec d'autres moyens.

On a fait usage des frictions mercurielles sur le front, les tempes et les paupières; on a employé les collyres au sublimé à la dose d'un quart de grain, d'un demi-grain, d'un, de deux grains même, par once d'eau distillée:

on en a usé en injection, en lotions. On a prétend avoir obtenu, par ce moyen, quelques bons résultats; mais on a avoué aussi un très grand nombre d'insuccès. Il en est de même des collyres secs au calomel et au sucre candi; on a eu recours au nitrate d'argent en solution faible et en solution très concentrée. On a cautérisé avec le crayon de nitrate d'argent la conjonctive oculaire et palpébrale. Ce moyen n'est pas nouveau; car on en a fait beaucoup usage dans le siècle dernier. Les insuccès et les succès ont été à peu près les mêmes.

Les scarifications ont été mises en usage, ainsi que l'excision de la conjonctive oculaire tout autour de la cornée. M. *Sanson* aîné a ressuscité ce moyen dans ces derniers temps, et lui a associé la cautérisation avec le nitrate d'argent. Quelques observations de succès qui ont été publiées à l'aide de cette méthode de traitement, ne sont pas suffisantes pour établir sa supériorité sur les autres; et, pour ma part, je ne la crois pas d'une bien grande efficacité. J'ai vu la cornée se fondre malgré cette excision, et peut-être à cause de cette excision. On conçoit en effet que la cornée privée de la plus grande partie de ses matériaux de nutrition, par l'ablation des vaisseaux qui lui arrivent de la conjonctive, puisse alors tomber facilement en gangrène. Du reste, Messieurs, ne croyez pas cette excision très facile. Un œil aussi malade que l'est celui qui est atteint d'une ophthalmie blennorrhagique est difficilement accessible à une dissection circulaire exacte de la conjonctive autour de la cornée. M. *Sanson* a proposé aussi la cautérisation circulaire à l'aide du nitrate d'argent. Il a même imaginé pour cette opération un instrument particulier. J'ignore s'il s'en est servi, et quels résultats il en a obtenus.

Vous voyez que nous sommes assez pauvres en thérapeutique efficace pour le traitement de l'ophthalmie blennorrhagique. Voici, du reste, celui que j'emploie et que je

conseille dans cette terrible affection. Tous ceux que j'ai traités comme je vais vous le dire, quand ils n'avaient point encore la cornée attaquée, ont été guéris, mais je dois avouer que j'ai toujours échoué quand elle l'était.

Si le malade est jeune et vigoureux, je débute par des saignées générales, abondantes et répétées, j'applique des sangsues en grand nombre aux tempes, derrière les oreilles, etc. J'ai enfin recours à un traitement antiphlogistique énergique. Si le malade est faible et délicat, je consulte l'état de ses organes digestifs. Si l'estomac est sain, j'administre le baume de copahu seul, comme dans le cas de blennorrhagie uréthrale, ou uni au poivre cubèbe dans les proportions suivantes, quatre à huit gros de cubèbe uni à deux ou trois gros de baume de copahu. Si l'estomac est trop irritable et qu'il ne puisse supporter le copahu seul ou uni au poivre cubèbe, j'emploie ces médicaments en lavements. Il faut à cette occasion avoir bien soin que la canule de la seringue, qui contient le poivre cubèbe et surtout le baume de copahu, ne soit pas souillée par ces substances, car l'anus en serait très fortement irrité, et il en résulterait des ténesmes qui forceraient les malades à rendre presque de suite les lavements. Il faut donc avoir la précaution de bien essuyer la canule et de la graisser de cérat avant de l'introduire dans le rectum.

On emploie en même temps les instillations entre les paupières avec le collyre au nitrate d'argent, ou bien on a recours dans les cas les plus graves à la cautérisation de la conjonctive oculaire et palpébrale avec le crayon de nitrate d'argent. Ces deux moyens doivent être mis en usage suivant les préceptes que je vous ai déjà donnés plusieurs fois.

Plusieurs chirurgiens, se fondant sur la nature gonorrhéique de la maladie, ont conseillé divers moyens pour rappeler l'écoulement supprimé de l'urètre ou du vagin, afin de détourner et de faire cesser l'inflammation des

yeux. On a proposé, par exemple, d'introduire dans l'urèthre une bougie ou une sonde imprégnée du fluide blennorrhagique de l'œil malade ou de celui d'un autre individu atteint de blennorrhagie. On a pensé même que la présence d'une simple bougie, faisant là office de corps étranger irritant, suffirait pour obtenir ce résultat. Mais il est évident que cette indication ne peut se présenter que dans le cas où la conjonctivite blennorrhagique est la suite d'une métastase et non celle d'un contact immédiat; et d'ailleurs l'action de ce moyen, quand même il réussirait, est si lente qu'il serait bien imprudent d'attaquer de cette manière une maladie si promptement désorganisatrice. Il faut avoir fort peu de confiance dans cette méthode de traitement et ne l'employer que concurremment avec celles que nous avons vues être les plus efficaces, et quand on a calmé les symptômes les plus alarmants.

Je dois encore vous faire mention, à l'occasion de la conjonctivite blennorrhagique, d'un collyre dont j'ai éprouvé de bons résultats. J'avais employé avec succès les lotions faites avec de l'eau de guimauve ou de gomme, dans laquelle je mettais un gros de calomel par verre, dans les écoulements muqueux du gland ou chaudepisse bâtarde, et dans ceux de l'anus et du rectum à la suite d'un commerce honteux. J'imaginai alors d'en faire usage dans les conjonctivites blennorrhagiques, et je m'en trouvai bien. J'en fis des lotions, des instillations cinq ou six fois par jour. J'appliquai même constamment sur l'orbite des compresses trempées dans ce liquide sur les paupières. Ce moyen m'a paru procurer une grande amélioration dans l'état des malades.

J'ai eu recours aussi avec avantage au collyre sec préparé avec parties égales de calomélas et de sucre candi. Je l'employais de la manière suivante, j'en prenais une forte pincée, j'écartais bien les paupières, et j'en couvrais toute la surface du globe oculaire, de manière à en faire

une espèce de mortier. Ce médicament produisait une modification très heureuse dans l'état de l'œil. Enfin j'ai eu recours tout nouvellement à la compression du globe oculaire : je fondo quelques espérances de succès sur ce moyen. Aujourd'hui (7 juin 1839), il sort un malade que vous avez pu voir dans la salle des hommes, et qui nous offre un des cas les plus intéressants que nous ayons eu à observer. Il était affecté d'une ophthalmie blennorrhagique; elle fut traitée par le baume de copahu et le cubèbe, suivant la méthode que j'emploie ordinairement, puis par le collyre au nitrate d'argent. Nous avons vu la maladie se modifier d'une manière avantageuse sous l'influence de ce traitement, mais il existait sur la cornée de l'œil gauche une ulcération large et profonde qui avait envahi la plus grande épaisseur de cette membrane; il n'en restait plus en effet qu'une lamelle extrêmement mince, et chaque jour j'en redoutais la perforation, ce qui aurait entraîné infailliblement l'évacuation des humeurs de l'œil et la perte de la vision de ce côté. Ne regardant pas comme d'une efficacité suffisante le traitement que j'administrais, j'imaginai d'employer la compression sur cet œil. On matelassa donc le devant de l'orbite avec de la charpie, des compresses et une bande assez serrée pour maintenir le tout et opérer une compression assez forte. L'appareil resta en place pendant quatre ou cinq jours. Loin d'augmenter pendant la compression, les douleurs diminuèrent. Lorsqu'on leva l'appareil il fut manifeste que les bords de l'ulcération étaient affaissés, que celle-ci était beaucoup diminuée. Enfin sous l'influence de ce même moyen, continué pendant quelques jours encore, la cicatrisation de l'ulcération se fit complètement, et chose à la fois heureuse et singulière, sous l'influence de ce moyen seul, non seulement la guérison de l'ulcération se fit tout à fait, mais encore la vision est conservée. Le malade voit très bien de cet œil, que je croyais perdu.

Ce cas est extrêmement curieux, car il peut servir d'encouragement pour ce mode de traitement dans une maladie aussi dangereuse, et contre laquelle nous possédons si peu de ressources efficaces.

En ce moment je traite, dans cette salle, un malade de la même manière pour une maladie toute semblable, et j'ai lieu d'espérer le même succès.

Une des suites les plus communes de la conjonctivite blennorrhagique consiste dans l'existence de granulations plus ou moins nombreuses et plus ou moins volumineuses, soit à la face interne des paupières, soit sur la conjonctive oculaire elle-même. Ces granulations, quand elles siégent aux paupières, amènent souvent par l'irritation continuelle qu'elles déterminent des affections graves de la cornée, on les traite comme nous l'avons dit à l'occasion de la conjonctivite granuleuse, par les collyres astringents et par la cautérisation avec le sulfate de cuivre ou le nitrate d'argent. Dans les cas les plus rebelles, on peut avoir recours à l'excision de la portion de conjonctive recouverte de granulations (1).

2° *Ophthalmie d'Égypte.*

C'est une conjonctivite purulente sur le caractère épidémique et contagieux de laquelle personne n'élève plus de doutes aujourd'hui.

Elle n'est bien connue en Europe que depuis peu de temps. C'est seulement depuis la mémorable expédition des Français en Égypte qu'elle a été décrite comme une maladie isolée, spéciale, par divers auteurs, par M. Larrey

(1) Suivant M. Sichel (*op. cit.*, p. 229), le médecin appelé à traiter une ophthalmie blennorrhagique ne doit proclamer la guérison et n'abandonner le traitement que quand il a détruit toutes les granulations de la conjonctive jusqu'à leur dernière trace. Tant que la muqueuse conserve le plus petit reste de cette altération, l'ancienne affection est susceptible de surgir à chaque moment, et avec une intensité nouvelle.

entre autres, et depuis, par plusieurs chirurgiens étrangers.

Endémique en Égypte, où les maux d'yeux sont très fréquents, cette maladie s'est propagée depuis une quarantaine d'années en Europe. Rapportée d'Égypte par les armées française et anglaise, elle s'est répandue principalement dans les armées européennes (1), et elle règne épidémiquement encore dans quelques unes d'entre elles. Pendant longtemps on a cru que cette maladie n'était connue en Europe que depuis le retour des armées française et anglaise de l'Égypte, et qu'elle était exclusivement bornée à cette seule contrée. C'est une erreur, et si les habitants de l'Égypte y sont plus sujets qu'ailleurs, si elle y règne presque continuellement, il est certain aussi que cette affection peut se montrer épidémiquement dans d'autres pays, et je crois pouvoir rapporter à l'ophthalmie dite égyptienne, toutes les épidémies de conjonctivite purulente observées dans diverses contrées.

C'est en comparant les descriptions qui ont été publiées sur cette maladie que j'ai cru pouvoir faire ce rapprochement qui n'a du reste aucun inconvénient puisque le traitement est semblable. A quelques modifications près la maladie est toujours la même.

(1) Presque toutes les armées d'Europe en ont été atteintes. Les armées prussienne, suédoise, russe, italienne, belge, etc., etc., en ont éprouvé des effets désastreux. Actuellement encore, cette dernière en souffre cruellement. Elle existe aussi dans les colonies militaires de la Crimée, et dans l'armée russe du Caucase.

Cette maladie n'est pas non plus nouvelle dans l'Égypte; l'histoire en effet fait mention d'épidémies graves de ce genre d'ophthalmie : c'est ainsi que si l'on remonte au siècle de Cyrus, on apprend que ce prince demandait un oculiste égyptien en réputation pour guérir ses soldats, atteints de l'ophthalmie pendant son expédition en Égypte. Prosper Alpin (*De medicinâ Egyptiorum*) parle de la fréquence des maux d'yeux des Égyptiens; Volney, Savary, Sonini, parlent de l'Égypte comme de la patrie des borgnes et des aveugles; les médecins contemporains qui exercent en Égypte nous confirment encore dans cette opinion.

Les causes de cette ophthalmie sont tout à fait inconnues en Égypte, on a accusé la nature du climat, la chaleur si grande du jour dans ce pays et la fraicheur extrême des nuits, les vents chauds et brûlants qui transportent continuellement dans les yeux une poussière fine et irritante la forte réverbération de la lumière. Sans nier l'influence très grande de ces causes, on ne peut pas être tout à fait convaincu qu'elles suffisent pour expliquer d'une manière satisfaisante l'origine de cette maladie. En effet on a vu cette ophthalmie se déclarer sur les militaires pendant la traversée d'Égypte en France ou en Italie. On a admis des causes tout à fait futiles en Belgique pour l'expliquer. Ainsi on a dit qu'elle était due à ce que les soldats avaient des schakos trop lourds, que le col de leur habit était trop serré, qu'ils se lavaient la tête avec de l'eau froide, que la poussière provenant de la matière blanche avec laquelle ils blanchissaient leurs buffleteries pouvait la produire. Aucune de ces raisons ne peut satisfaire des esprits positifs. Ce qui est certain seulement, c'est que la maladie se propage par contagion, soit par le contact direct, soit par infection, au moyen de l'air imprégné de miasmes produits par la réunion d'un plus ou moins grand nombre d'individus affectés de cette variété de l'ophthalmie. Ce principe contagieux de la maladie, nous l'avouons, nous l'admettons, mais nous n'en connaissons pas la nature. Ce qui est certain encore, c'est qu'il faut admettre des causes prédisposantes qui permettent aux causes déterminantes de développer la maladie chez tels ou tels individus placés dans certaines conditions de constitution, de localité, etc..., etc...

Au surplus, voici les symptômes que présente cette variété de la conjonctivite purulente.

Elle attaque tantôt un seul œil, tantôt les deux yeux; ordinairement ce sont les deux. Elle se développe souvent avec une effrayante rapidité sur des individus dont les yeux

sont parfaitement sains et les détruit dans l'espace de dix ou douze heures. Il est alors extrêmement difficile de noter avec exactitude les diverses phases de la maladie, tant elles sont rapides. Heureusement que cette dangereuse affection ne marche pas toujours avec une pareille célérité, et qu'il est possible d'observer la manière dont les symptômes se succèdent.

Le malade commence par éprouver une vive démangeaison à l'œil ou aux deux yeux. C'est ordinairement le soir, suivant les auteurs, que se manifeste ce premier phénomène. Bientôt arrive la sensation de la présence de graviers. La conjonctive paraît alors enflammée; elle se boursouflle, et ce boursoufllement s'accompagne d'une teinte jaunâtre. La caroncule lacrymale se tuméfie souvent aussi d'une manière notable. Le gonflement de toutes ces parties est mou et élastique, quelquefois il s'accompagne d'une exhalation sanguine plus ou moins abondante : des douleurs plus ou moins vives dans l'œil et le front, accompagnées de larmoiement et de crainte de la lumière, se manifestent bientôt. La fièvre générale survient et souvent il y a de la diarrhée. A ces premiers phénomènes succède l'écoulement d'un mucus visqueux, opaque et abondant, les paupières se gonflent, s'enflamment et présentent tous les phénomènes que nous avons décrits à l'occasion de la conjonctivite blennorrhagique; des flots de pus coulent en nappe sur les joues et les excorient. Le gonflement de la paupière supérieure est telle qu'elle vient souvent recouvrir la paupière inférieure; celui de la conjonctive oculaire est aussi très considérable. Il en résulte un chémosis phlegmoneux. Ce gonflement de la conjonctive est quelquefois même poussé à un tel point que cette membrane devenue, épaisse, fongueuse, saignante, écarte les bords libres des paupières et vient faire saillie au devant de l'œil. Plus irritée encore par le contact de l'air, cette membrane fournit une sécrétion purulente des plus abondantes et que

quelques auteurs, M. *Vetch* entre autres, évaluent à plusieurs onces par jour pour un seul œil. Les symptômes généraux s'accroissent, la fièvre devient violente, quelquefois il y a délire furieux. La cornée ne tarde pas à être envahie par la maladie, elle se trouble, prend une teinte terne, opaque; elle se ramollit, se fond, se perfore comme dans la conjonctivite blennorrhagique; l'œil se vide, ce qui produit un soulagement immédiat et fait naître dans l'esprit des malades la fausse espérance du retour de la vue.

La marche de cette maladie présente des variétés très grandes. C'est ainsi qu'elle reste quelquefois plusieurs jours ou plusieurs mois même, sans dépasser la première période; la cornée est saine, il y a seulement épiphora, larmoiement, et si on renverse la paupière pour l'examiner, on y découvre quelquefois des vésicules miliaires. Tout à coup elle passe à l'état aigu et suit la marche que nous avons décrite. D'autres fois, l'attaque de l'ophthalmie égyptienne est pour ainsi dire foudroyante, et en quelques heures l'œil est envahi et perdu.

Lorsque la tuméfaction permet d'écarter les paupières et d'examiner la muqueuse dans l'état aigu, on la trouve fongueuse, couverte d'élévations molles qui, à mesure que la maladie passe de l'état aigu à l'état chronique, deviennent de véritables granulations; alors la conjonctive reste pendant un temps indéterminé, et souvent pendant toute la vie de l'individu, rouge, villeuse, couverte de granulations; l'écoulement purulent diminue et se tarit. La cornée reste souvent nuageuse; elle est devenue vasculaire, et, sous l'influence des écarts de régime, des variations de la température, et une foule de causes impossibles à apprécier, la maladie repasse de l'état chronique à l'état aigu. Ici nous retrouvons encore toutes les suites de l'ophthalmie blenorrhagique.

Ophthalmie belge. L'ophthalmie qui règne actuellement

dans l'armée belge, et qui y a causé et y cause encore de si grands ravages, est-elle la même que l'ophthalmie dite d'Égypte ? Les avis des médecins de la Belgique et ceux des médecins étrangers au pays, sont encore partagés à ce sujet ; mais ils sont d'accord pour reconnaître la gravité de la maladie, dont ils admettent la propagation par contagion et infection. Les symptômes de l'ophthalmie belge sont du reste à peu près les mêmes que ceux de l'ophthalmie dite égyptienne. Le danger est aussi imminent, les suites en sont semblables. En dix, douze ou vingt quatre heures, l'œil est quelquefois irrévocablement perdu. L'état chronique est aussi le même que celui de l'ophthalmie égyptienne. Je n'insisterai donc pas sur la description de cette variété de conjonctivite purulente, qui se confond entièrement ou presque entièrement avec celui de l'ophthalmie d'Égypte.

Pronostic. Le pronostic de l'ophthalmie égyptienne, comme celui de l'ophthalmie belge, est très sérieux, ainsi que vous devez bien le penser. Toutefois, il varie suivant l'intensité avec laquelle la maladie se déclare. Il est très grave quand l'attaque est foudroyante, le sujet mal constitué, débilité, qu'il y a une agglomération considérable d'individus attaqués de la même maladie, etc., etc. Non seulement les yeux peuvent être perdus par la violence de la maladie, mais encore l'existence des individus être compromise, par les complications qui surviennent. Le pronostic est grave en ce que la maladie laisse très souvent, malgré le traitement le mieux entendu, des altérations dans la cornée qui gênent plus ou moins la vision, ou bien un état chronique qui menace pendant longtemps d'une recrudescence, ou qui laisse pour toute la vie la conjonctive plus ou moins maladive. On peut cependant affirmer, d'une manière générale, que cette ophthalmie égyptienne est moins grave que l'ophthalmie blennorrhagique, et que, chez les sujets vigoureux et jouissant d'une

bonne santé, on peut plus aisément espérer obtenir la résolution de la maladie.

Traitement. Ce que je vous ai dit des symptômes et du pronostic de cette affection à laquelle on a donné le nom d'*ophthalmie égyptienne, belge, ophthalmia bellica, ophthalmia contagiosa,* etc. , vous prouve assez que le traitement qui lui convient doit être d'une extrême énergie et d'une grande activité dans l'état aigu.

Avant de commencer ce traitement , il faut d'abord s'assurer de l'état de la cornée transparente ; en effet, si elle est déjà opaque, on ne doit plus s'attacher qu'à une seule chose, la conservation du globe oculaire pour éviter la difformité; car, pour la vision , elle est irrévocablement perdue. Mais si on arrive au début de la maladie, et que la cornée transparente soit saine encore, il faut se hâter d'employer tout ce que la thérapeutique possède de plus actif pour arrêter la marche de la maladie. Malheureusement nos ressources sont assez bornées, et on n'est pas plus d'accord sur le choix des moyens que pour l'ophthalmie blennorrhagique. Ces moyens du reste sont à peu près les mêmes, émissions sanguines sous toutes les formes, saignées générales abondantes et répétées, sangsues aux tempes, derrière les oreilles, au pourtour de l'orbite, scarifications de la conjonctive, artériotomie de l'artère temporale, ventouses sèches et scarifiées, etc. Tous ces moyens ont été employés avec des succès très variés; tantôt on a échoué , tantôt on a réussi , et cela dans des proportions à peu près toujours les mêmes , et il est impossible d'en rien conclure. On y a joint les révulsifs de toutes les espèces: vésicatoires au cou, aux cuisses, aux jambes, au devant de l'œil même, pédiluves sinapisés, sinapismes promenés, pour ainsi dire, sur toute la surface du corps. On a prescrit les purgatifs comme dérivatifs, l'émétique à haute dose à la méthode rasorienne; on n'a rien obtenu de plus décisif. Il en est de même de la compres-

sion du globe oculaire que les Orientaux emploient, dit on, avec quelque avantage.

Comme topiques on a essayé tous les collyres dont il a été question à l'occasion de l'ophthalmie blennorrhagique : le collyre au nitrate d'argent, au tartre stibié, à l'acide acétique uni à l'opium, au sous-acétate de plomb liquide pur, à la décoction ou infusion de tabac, etc., etc., on a pratiqué l'excision de la conjonctive, la cautérisation de cette membrane avec le nitrate d'argent et des caustiques plus actifs encore (1). Rapprochant enfin cette maladie de la syphilis, on a eu recours aux mercuriaux à l'intérieur et à l'extérieur. C'est alors que l'on a surtout employé les collyres au sublimé. On a cité tant d'observations contradictoires à ce sujet, qu'il n'est pas permis de rien conclure.

Il est difficile d'ailleurs de dire, quand on a eu le bonheur de réussir, quel est celui des moyens employés qui a produit la guérison. En effet, dans une maladie aussi grave et qui laisse à peine au chirurgien le temps de réfléchir, on les emploie tous ou presque tous à la fois, et il y a une telle confusion dans l'observation exacte de l'action de chaque médicament que la science ne peut encore rien déterminer de satisfaisant à leur égard.

(1) L'Anglais William Adams, qui fut regardé par ses compatriotes comme le dominateur par excellence de l'ophthalmie égyptienne dans l'armée anglaise, faisait l'excision de la conjonctive et enduisait ensuite l'intérieur des paupières avec une pommade ainsi composée :

Nitrate d'argent fondu pulvérisé. . .	20 grains.
Bleu de Prusse.	20 grains.
Axonge..	1 gros.
Black's drops..	20 gouttes.

M. Caron du Villards conseille, lorsque l'œil est énormément gonflé et sur le point d'éclater dans l'ophthalmie blennorrhagique, d'évacuer l'humeur aqueuse ; il dit avoir employé ce moyen dans cette ophthalmie et avoir ainsi sauvé des yeux prêts à éclater. Il conseille d'employer ce moyen dans l'ophthalmie égyptienne. Si l'évacuation échoue, ajoute-t-il, on n'a rien perdu, car l'éclatement de l'œil était imminent.

En résumé, Messieurs, je me comporterais dans le traitement de cette ophthalmie comme je le ferais pour une ophthalmie blennorrhagique; ce serait m'exposer à d'inutiles répétitions que de vous retracer de nouveau le traitement de cette maladie. Comme moyen préservatif, on a donné le conseil de ne pas dormir les fenêtres ouvertes, de bien s'envelopper de couvertures de laine pour ne pas ressentir le froid pendant le sommeil, d'éviter autant que possible l'action trop vive du soleil à l'aide de visières; on a recommandé surtout, pour empêcher la propagation du mal au milieu des masses d'hommes, d'éviter leur agglomération, la viciation de l'air, de faire usage de légers diaphorétiques, etc..., etc...

Quand la maladie est passée à l'état chronique on a recours au traitement que nous avons conseillé pour les suites de l'ophthalmie blennorrhagique. C'est alors qu'on prétend que le vésicatoire sur les paupières a beaucoup d'avantage.

§ III. Sclérotite.

La sclérotite ou inflammation de la sclérotique, admise par quelques ophthalmologistes, et en particulier par les ophthalmologistes allemands, sous le nom d'*ophthalmie rhumatismale*, est une maladie que je crois devoir rejeter du cadre nosologique, car, suivant moi, elle n'existe pas. Les symptômes qu'on lui a attribués ne se rapportent point à sa lésion, mais bien à celle de la cornée ou de l'iris. L'idée qui a poussé certains ophthalmologistes à créer une sclérotite ou une affection rhumatismale de la sclérotique s'explique aisément. Ils ont été conduits par l'analogie à admettre que, puisque le tissu fibreux est le siége ordinaire du rhumatisme, la sclérotique, qui est constituée entièrement par lui, pouvait et devait être le siége de cette lé-

sion à l'œil : ils l'admettent même comme étant très fréquente.

La sclérotique est parcourue, disent-ils, par des vaisseaux dont la finesse, la fixité et la profondeur indiquent qu'ils appartiennent au tissu de la membrane albuginée. Ces vaisseaux ont une direction à peu près parallèle, ils se prolongent plus ou moins sur la cornée, mais la plupart se recourbent à une ligne environ de sa circonférence pour s'anastomoser avec les vaisseaux profonds du globe oculaire. C'est sur ce point là qu'on observe, suivant les ophthalmologistes de l'école allemande, quand il y a inflammation de la sclérotique, un cercle qu'ils ont nommé le *cercle arthritique.* Cette inflammation présente, d'après eux, une injection vasculaire toujours discrète, jamais confluente, composée de vaisseaux extrêmement ténus, filiformes, tout à fait capillaires, d'un rouge pâle rosé ou carmin, privés de toute anastomose, disposés parallèlement entre eux de manière à former dans la sclérotique, autour de la cornée, une zone rayonnée semblable au disque d'une fleur radiée; c'est là ce qu'ils nomment le *cercle arthritique* ou *cercle vasculaire péricornéal.* Mais, suivant moi, ce symptôme que ces médecins attribuent à l'inflammation de la sclérotique seulement, est de peu de valeur pour prouver cette maladie. Si vous vous rappelez ce que je vous ai dit de la vascularisation de l'œil, ce cercle pourra être tout aussi bien le symptôme d'une inflammation de la cornée ou d'une kératite, ou d'une inflammation de l'iris ou iritis. On comprend très bien que l'injection des vaisseaux de ces deux dernières membranes enflammées peut se propager très aisément dans ceux de la sclérotique et constituer ce même cercle arthritique. Nous le retrouverons en effet comme symptôme de l'iritis et de la kératite. Lorsque nous étudierons cette dernière inflammation, vous verrez en outre, que la photophobie (1), que les ophthal-

(1) M. le docteur Cade (*Thèse sur les ophthalmies spéciales*, 1837, n. 26)

mologistes allemands admettent comme signe essentiel et caractéristique de la sclérotique, est propre à la kératite, et en est le signe réellement pathognomonique, ainsi que celui de l'iritis et de la rétinite. L'inflammation de la sclérotique, si tant est que cette inflammation existe, ne pourrait pas le produire, car cette membrane est un organe exclusivement de protection, n'entre pour rien dans les phénomènes visuels, et n'a aucun rapport avec la sécrétion des larmes.

Les expériences que j'ai faites sur les animaux m'ont prouvé que la sclérotite est une membrane qui s'enflamme difficilement. J'ai essayé par des blessures multipliées que je lui ai faites, à l'enflammer, et je n'ai jamais pu réussir. Le tissu qui la compose (tissu fibreux) est rarement dans d'autres parties du corps, le siége d'une inflammation bien franche, bien caractérisée : pourquoi donc serait-il plus souvent le siége de cette maladie à l'œil ? D'ailleurs quand l'inflammation s'empare d'une membrane fibro-celluleuse, la maladie a ordinairement une grande tendance à s'étendre, elle ne se circonscrit que très rarement, comme cela a lieu dans l'ophthalmie dite rhumatismale ou sclérotite (1). En outre quand un tissu fibreux a été enflammé, il reste pendant longtemps des traces de la maladie. Dans la prétendue sclérotique au contraire,

attribue la photophobie, dans la sclérotite ou sclérite, au tiraillement du ligament ciliaire, M. Sichel l'attribue à une irritation secondaire de la rétine, qui s'explique, suivant lui, par la tension inflammatoire et l'espèce d'étranglement qu'éprouvent les membranes internes de l'œil, et particulièrement la rétine, à cause du gonflement de la sclérotique (Sichel, *op. cit.*, p. 55). M. Rognetta (*Cours d'ophthalmologie*, p. 252) attribue la photophobie dans la sclérotite à la continuation de la gaîne du nerf optique avec la sclérotique.

(1) La sclérotite n'a pas été regardée seulement comme rhumatismale; on a admis aussi une sclérotite scrophuleuse, une sclérotite syphilitique, on a admis enfin une sclérotite essentielle ou idiopathique, c'est-à-dire exempte de toute complication.

aussitôt que la phlegmasie s'est dissipée, tout rentre dans l'ordre et il n'en reste pas le plus léger vestige dans la membrane.

Tout me prouve que la sclérotite est une maladie imaginaire, et que l'on doit la rejeter du cadre ophthalmologique jusqu'à ce que des observations plus concluantes en aient mieux démontré la réalité.

§ IV. Kératites.

Nous allons nous occuper maintenant d'une maladie de l'œil qui est bien commune, de la kératite ou inflammation de la cornée transparente. Cette affection à elle seule est presque aussi fréquente que toutes les autres inflammations réunies de l'œil. Aucune partie de cet organe n'est sujette en effet à autant d'altérations. Il vous suffirait pour vous en convaincre de parcourir les différents relevés statistiques qui ont été publiés sur les maladies des yeux. C'est ainsi que *Saunders* a compté 659 affections de la cornée sur 1942 cas de maux d'yeux. J'ai observé moi-même dans le cours de deux années seulement à l'hopital de la Pitié, 125 affections de la cornée sur 250 cas de maux d'yeux. Confondant toutes les inflammations de l'œil et de ses annexes sous le nom général d'ophthalmie, il n'est pas étonnant que les anciens chirurgiens n'aient pas séparé la kératite des inflammations des autres membranes de cet organe. Mais les travaux des anatomistes modernes, et principalement de *Bichat*, et ceux de *Pinel* prouvèrent que dans l'organe de la vision, comme partout ailleurs, l'inflammation de chaque tissu doit être étudiée isolément Aussi, dès le commencement de ce siècle voit-on l'inflammation de la cornée être décrite à part. *Maître Jean*, *Boerhaave*, *Deshayes*, *Gendron*, *Janin*, etc. etc. ont bien entrevu cette maladie, mais ils ne l'ont pas décrite

d'une manière spéciale (1) et il faut arriver jusque à *Vetch* en 1807 pour en voir la description. Mais elle est loin d'être complète. M. *Wardropp* dans divers mémoires en 1808, 1819 et 1834, en a donné une infiniment supérieure et qui peut même servir encore actuellement de modèle. Depuis lui, cette maladie a fait le sujet de travaux nombreux et importans parmi lesquels on remarque principalement ceux de *Saunders*, *Travers*, *Hauffbauer* et de *M. Mirault d'Angers*.

Cette maladie fort commune a reçu divers noms, celui de *cornéite*, *kératite*, *ophthalmie cornéenne*, etc..., etc... Celui de *kératite* est généralement adopté de nos jours. Elle est aiguë ou chronique, diffuse ou circonscrite, partielle ou générale, superficielle, profonde, moyenne ou interstitielle. On l'observe à tout âge, chez les deux sexes et dans toutes les conditions de la vie. Toutefois les enfants y sont plus disposés, ainsi que les individus astreints à un mauvais régime, d'une constitution détériorée, ceux qui sont exposés aux intempéries de l'air, et principalement de l'air froid et humide. Toutes les causes traumatiques possibles, telles que les coups, les plaies, les brûlures, les corps étrangers, peuvent amener la kératite. Mais nous ne devons pas parler ici de l'inflammation de la cornée produite par ces causes là; nous mentionnerons particulièrement, comme la déterminant souvent l'humidité, le froid sur le crâne et sur la face, l'insolation ou l'action de toute autre lumière vive et brillante, le contact du pus ou des matières virulentes, et des liquides âcres ou malpropres.

Avant de passer à la description de chaque nuance de la kératite, je vais vous parler de cette maladie considérée

(1) *Julien Bose* est un des premiers qui aient traité de l'inflammation de la cornée dans une thèse soutenue à Leipsick en 1767. *Morgagni* a aussi rapporté des exemples de kératite.

d'une manière générale, et de quelques uns de ses phénomènes principaux.

Kératite considérée en général.

Dans la kératite, il y a des phénomènes qui siègent dans la sclérotique et d'autres dans la cornée. Examinons-les séparément.

Les phénomènes qui se rapportent à la sclérotique consistent dans cette vascularisation dont je vous ai déjà entretenue à l'occasion de la prétendue sclérotite, et que vous pouvez examiner sur plusieurs malades dans nos salles en ce moment. Vous savez que dans la conjonctivite, les vaisseaux forment un réseau mobile, et s'entrecroisent en tous les sens; dans l'injection de la sclérotique, au contraire, ils sont placés parallèlement à côté les uns des autres, et constituent autour de la cornée un véritable anneau ou un demi-cercle, ou un quart de cercle, suivant l'étendue de l'inflammation de cette membrane. Cet anneau, complet ou incomplet, fixe et qu'on ne peut déplacer, nommé *sclérotidien, péricornéal, arthritique,* etc..., etc..., présente des variétés de couleur; il est tantôt d'un rouge écarlate qui diminue à mesure qu'on s'éloigne de la cornée; tantôt il est d'un rouge carmin, tantôt d'un rouge plus pâle encore, rose, grisâtre ou même bleuâtre. Il ne faut pas que vous le confondiez avec le cercle ou anneau sénile dont nous parlerons bientôt. L'anneau sclérotidien, signe de l'inflammation de la cornée transparente, touche tantôt la cornée, d'autres fois il en est à quelque distance, un quart de ligne, une demi ligne; dans quelques cas, il forme un petit relief d'un rouge grisâtre, qui s'avance un peu sur elle. En examinant de près ce repli, on s'aperçoit qu'il contient un nombre infini de petits vaisseaux. Ce repli ne doit pas être confondu avec le

chémosis, lequel n'appartient qu'à l'inflammation de la conjonctive. Enfin très communément, et cela se remarque surtout dans le cas d'ulcère de la cornée, les vaisseaux se prolongent de la manière la plus évidente de la sclérotique jusqu'au centre, dans toutes les directions et dans toute l'épaisseur de la cornée. La largeur de l'anneau sclérotidien varie de deux à trois lignes et même trois lignes et demie. Il est quelquefois beaucoup plus étroit et peut même n'avoir qu'une ligne de largeur. Ainsi vous voyez qu'il y a trois sortes de vascularisation dans la kératite, 1° des vaisseaux qui, de la sclérotique, se rendent visiblement à la cornée, et se continuent de l'une à l'autre membrane; 2° une espèce de repli formant relief et empiétant quelquefois un peu sur la cornée; 3° l'anneau sclérotidien ou arthritique de beaucoup d'auteurs modernes.

Je vous ai dit de ne pas confondre cet anneau sclérotidre avec l'anneau *dit senile* ou *cercle sénile*, ou *gérontoxon*. Celui-ci est une tache grisâtre et naturelle de la cornée qui se trouve chez les vieillards, à l'union de la cornée et de la sclérotique. Ce n'est point une maladie de la cornée, car son tissu n'est ni altéré, ni épaissi. Cette disposition ne s'observe pas seulement chez les vieillards: on en rencontre à tous les ages de la vie, elle commence presque toujours par la partie supérieure de la cornée, ou elle forme un arc de cercle, elle se déclare ensuite à sa partie inférieure, en s'étendant graduellement. Ces deux arcs finissent quelquefois par se joindre et encadrer complètement la cornée. Chez les vieillards, cet anneau est toujours séparé de la sclérotique par un petit intervalle, ce qui n'a pas lieu aux autres époques de la vie. *Wardropp* a vu l'arc senile héréditaire dans les quatre branches d'une même famille, il était congénital; d'autres auteurs l'ont vu aussi congénital.

L'anneau sclérotidien est pour certains auteurs moder-

nes, l'indice d'une ophthalmie spécifique, le signe de l'ophthalmie rhumastismale, ou rhumatismo-catarrhale, de l'ophthalmie arthritique, ou bien d'un sclérotite. Pour moi, Messieurs, vous le savez, il n'existe pas de sclérotite. Je regarde l'anneau sclérotidien comme le signe caractéristique d'une kératite ou d'une iritis, dernière phlegmasie dont nous aurons plus tard à nous occuper.

Passons maintenant à quelques autres phénomènes qui ont lieu dans la cornée quand cette membrane est enflammée. Ces phénomènes sont nombreux; on peut les rapporter aux changements qui se font dans la couleur de la cornée, aux suffusions, aux ulcérations, aux dépôts, aux suppurations, aux taches, etc.

Couleurs. Première nuance. La cornée prend une teinte verdâtre. Il faut quelquefois beaucoup d'attention pour reconnaître ce changement dans la couleur de la cornée. Pour la trouver il faut observer le malade à l'ombre et si la maladie n'existe que sur un œil, comparer celui-ci à l'œil sain : cette couleur est *vert de mer*. La cornée semble aussi un peu plus humide ; je ne suis pas sûr que cette nuance tienne à une altération survenue dans le tissu propre de la cornée. Je suis tenté de croire qu'elle est due à un changement qui s'est fait dans l'humeur aqueuse contenue dans la chambre antérieure. Je ne fais du reste que hasarder cette opinion; il faudrait d'autres observations pour affirmer la chose. Quoi qu'il en soit, cette teinte de la cornée se remarque généralement dans les premiers temps d'une kératite diffuse et à l'état aigu.

Deuxième nuance. Si l'inflammation persiste, on voit la teinte *vert de mer*, faire place à une coloration *brune*. Cette nuance s'accompagne très souvent de l'existence à la surface libre de la cornée de granulations très fines, répandues çà et là d'une manière irrégulière, et quelquefois

agglomérées sur un seul point. Il s'est fait une altération particulière dans l'organisation de la lame externe de la cornée. C'est probablement la kératite à coloration brune que M. *Lepelletier du Mans* a décrite sous le nom *d'ophthalmie granuleuse*. En définitive, cette nuance brune de la cornée est le symptôme d'une kératite superficielle.

Troisième nuance. Dans cette troisième nuance la cornée revêt une teinte jaune qui commence à la circonférence et qui forme tantôt un cercle complet, tantôt un arc ou un demi-arc plus ou moins grand. Ordinairement c'est à la partie inférieure que cette teinte commence. Si la kératite n'est point arrêtée dans ses progrès, la couleur jaune s'avance progressivement vers le centre de la cornée et envahit toute la membrane. Cette coloration jaune est le signe d'une lésion fort grave et profonde de la cornée. Quand elle a couvert toute la membrane, la vision est très compromise.

Quatrième nuance. Cette quatrième coloration de la cornée est rousseâtre. *M. Wardropp* la désigne sous le nom de *teinte de pierre à fusil*. Cette teinte débute par le centre de la cornée ordinairement, et s'étend graduellement sur toute la membrane. Cette teinte indique aussi une lésion très profonde.

Suffusions. La cornée présente encore d'autres nuances, d'autres colorations quand elle est enflammée. Aussi une teinte fort commune au début de la kératite aiguë, c'est une espèce de nuage, de suffusion, que l'on peut comparer à l'effet que l'on produit en soufflant sur une glace bien sèche et bien propre. Cette suffusion s'étend ordinairement sans affecter aucune espèce de forme. Quelquefois cependant elle en présente une analogue à celle de la cataracte à trois branches. La vision est troublée, les malades disent qu'ils ont un brouillard ou un nuage devant les yeux qui les empêche de distinguer nettement les objets. Cette suf-

fusion est due à un léger épanchement de matière plastique qui s'est fait entre les lames de la cornée. Cette opacité nébuleuse, cette espèce de fumée qui commence tantôt sur le milieu, tantôt à la circonférence de la cornée, est le caractère le plus saillant de la kératite à son début. C'est là le plus léger trouble de la cornée. A un degré un peu plus avancé de la kératite, le nuage devient plus fort, la cornée plus laiteuse.

Avant de parler de la kératite aiguë et chronique et de leurs conséquences, telles que abcès, ulcères, ramollissement, etc., je veux arrêter votre attention sur deux phénomènes essentiels qui appartiennent à cette maladie. *La photophobie* et *le larmoiement.*

La crainte de la lumière ou *photophobie* a été attribuée à plusieurs variétés de l'inflammation de l'œil : ainsi on a dit qu'elle était le signe de la conjonctivite, de la sclérotite, de l'ophthalmie scrofuleuse, d'une rétinite, d'une maladie du cercle ciliaire. Pour moi, je l'attribue soit à une inflammation de l'iris, soit à une inflammation de la cornée; nous parlerons plus tard du larmoiement dans l'iritis.

Le *larmoiement* n'est pas le même dans toutes les variétés de la kératite. Il est peu marqué dans quelques unes d'entre elles, dans la kératite chronique et dans la kératite diffuse : mais quand il y a des ulcérations et surtout dans certaines variétés d'ulcérations, la *photophobie* est extrême. A ce seul signe même, et sans examiner le globe de l'œil, on peut diagnostiquer une ulcération de la cornée.

Les auteurs anciens et beaucoup de modernes encore, comprenant sous la même dénomination d'ophthalmie les diverses inflammations de l'œil, ont attribué le *larmoiement* à la conjonctivite, parcequ'ils n'ont point remarqué que cette maladie se trouvait alors compliquée soit de la kératite, soit de l'iritis, ou d'une rétinite. La conjonctive

n'ayant pas plus de rapport avec la vision que la sclérotique ne peut produire ce phénomène de la photophobie. Si dans quelques variétés de la conjonctivite, certains malades se couvrent avec soin les yeux et prennent beaucoup de précautions pour éviter la lumière, cela vient de ce qu'ils éprouvent une douleur cuisante par suite du contact de l'air et à cause de la sensation de graviers, que cause le moindre mouvement des paupières.

Le *larmoiement* est également un signe caractéristique de la kératite. Dans la conjonctivite il n'y a point de larmoiement, mais seulement sécrétion plus ou moins abondante de mucus, tandis que dans la kératite, c'est un écoulement plus ou moins fort d'une eau âcre, irritante, qui produit quelquefois sur les joues la sensation de brûlure, et laissent sur elles une rougeur érysipélateuse ; ce sont en un mot des larmes qu'il est impossible de confondre avec le mucus.

Trouble de la vision. Dans la kératite, un autre symptôme caractéristique et qu'on ne peut encore passer sous silence, c'est le trouble de la vision. Il a toujours lieu, mais à des degrés différents. Quand il n'y a qu'une teinte verdâtre de la conjonctive, la vision est peu troublée, mais quand les autres teintes roussâtre ou brune se prononcent, quand les suffusions et les nuages se manifestent, alors il y a diminution plus ou moins grande de la faculté visuelle, et quelquefois abolition complète de cette faculté. Le trouble de la vision peut tenir aussi à des complications, à l'iritis, à une altération de l'humeur aqueuse, enfin au retentissement de l'inflammation dans l'appareil cristalloïde, etc., etc. Quand il y a suffusion dans la cornée, les malades ne voient qu'à travers un brouillard plus ou moins épais ; mais s'il n'existe au contraire des ulcérations ou des dépôts circonscrits de matière plastique que sur un point de la cornée, que ces dépôts ou ulcères ne se trouvent pas vis à vis la pupille, la vue sera bornée sans doute; mais les

malades n'en distingueront pas moins bien les objets.

Après avoir parlé de quelques uns des caractères propres et essentiels de la kératite, nous allons décrire les autres symptômes qu'elle présente dans ses diverses nuances.

1° *Kératite aiguë.*

L'inflammation aiguë de la cornée reconnaît des causes externes et des causes internes. Cette distinction est importante; car dans les kératites provenant de causes externes, de coups, blessures, etc., la maladie a une marche particulière. Ainsi quand il y a plaie à la cornée, cette membrane prend très promptement la teinte *pierre à fusil*, elle s'épaissit, se ramollit, et la maladie se termine souvent par suppuration; il y a en même temps douleur qui s'étend jusque dans le fond de l'orbite, photophobie et larmoiement. Si au contraire la cause est interne, et c'est ici le cas de dire que la nature de cette cause nous échappe souvent, la kératite s'annonce par une teinte opaline, plus ou moins étendue et plus ou moins foncée; la cornée perd sa transparence et se ternit à la manière d'une glace sur laquelle on vient de souffler : les douleurs sont modérées et superficielles.

La kératite aiguë est superficielle, moyenne et profonde. Cette division, que quelques personnes regardent comme trop minutieuse, est cependant fort importante, comme vous le verrez; les symptômes, le pronostic et le traitement sont modifiés d'une manière notable par la différence de siége de la maladie.

Kératite superficielle. Celle-ci attaque les lames superficielles de la cornée, et coïncide souvent avec la conjonctivite. Quand elle débute vivement, et qu'elle procède de la circonférence de la cornée vers son centre, cette membrane prend fort promptement la teinte *vert d'eau*. Si on l'examine à la

loupe et même à l'œil nu, on observe un aspect légèrement granuleux de sa surface; celle-ci paraît comme dépolie. Cet aspect se remarque soit vers la circonférence seulement, soit par plaques sur le reste de son étendue. De quelle nature sont ces granulations, et dans quelle partie de la membrane siégent-elles? C'est ce qu'il est difficile de dire. Je crois cependant qu'elles peuvent être formées par l'hypertrophie des petits follicules contenues dans la muqueuse cornéale; ils sont du reste tout à fait analogues, sauf le volume, à ceux que l'on remarque dans la conjonctivite granuleuse. Souvent on voit la conjonctive scléroticale former un cercle d'un rouge très foncé et saillant autour de la cornée et empiéter même sur elle l'espace d'un quart de ligne ou d'une demi-ligne. Il ne faut pas confondre ce relief avec celui qui est formé par le chémosis. Les vaisseaux qui sont dans l'épaisseur de ce petit anneau se continuent souvent sur la cornée par des filets très déliés; ils forment à sa circonférence une plaque semi-lunaire ou triangulaire, dont la base, comme dans le ptérygion, demeure sur la sclérotique, et dont le sommet se termine par une petite plaque blanche, une petite pustule ou un simple dépôt de matière plastique. Si l'inflammation est très violente, il n'est pas rare de voir le feuillet muqueux de la cornée se soulever, des phlyctènes se manifester; de la lymphe plastique ou du pus même s'épancher entre ce feuillet et le tissu propre de la cornée. De là des abcès qui s'ouvrent au dehors et qui, dans d'autres cas, gagnent en profondeur et donnent naissance à des kératites moyennes ou interstitielles. Dans certains cas, la membrane externe de la cornée s'altère plus promptement encore; elle se fend absolument comme si on l'avait coupée avec un instrument tranchant ou avec l'ongle. D'autres fois on aperçoit une ou plusieurs dépressions à fond transparent, ressemblant à des facettes de cristaux. Ces espèces de coupure occupent tantôt un point très circonscrit, tantôt, au contraire, une

grande partie de la circonférence de la cornée, et de manière à l'isoler en quelque sorte de la sclérotique. Les dépressions peuvent être en si grand nombre, et disposées de telle sorte qu'elles donnent à la cornée l'aspect d'un diamant ou d'un cristal taillé d'une manière irrégulière. A cet état de choses succèdent souvent des ulcérations dont nous nous entretiendrons plus tard.

L'anneau vasculaire qui existe à la circonférence de la cornée est formée de deux plans parfaitement distincts, le premier appartient à la conjonctive : il est d'une teinte violacée, purpurine ou de minium, et très facile à déplacer :les vaisseaux en sont tortueux, anastomosés et sous forme de réseau. Le second, placé au dessous du premier, de couleur carmin pâle, siége dans la sclérotique ; il est situé sur les confins de la cornée, et est composé de vaisseaux fins parallèles, qui convergent vers elle et l'entourent à la manière d'un anneau radié. C'est ce cercle *sclérotical* ou *péricornéal* dont nous avons déjà parlé, il est fixe et ne peut être déplacé comme le précédent. On le distingue à toutes les époques et à tous les degrés de la kératite. Il ne varie guère que pour la largeur et l'intensité de sa teinte, il se dissémine et se perd bientôt en arrière dans la sclérotique, mais il n'en est pas de même de son disque antérieur dont les rayons, en général très rapprochés, s'élargissent par l'afflux du sang et persistent encore un certain temps après la terminaison de l'inflammation.

La photophobie et le larmoiement sont peu marqués dans la kératite superficielle, lorsqu'il n'y a pas d'ulcérations; mais quand il en existe ces phénomènes sont portés à un haut degré. Les malades voient en outre les objets comme à travers un brouillard.

Kératite interstitielle. La maladie attaque ici le tissu propre de la cornée. Ce sont les lames moyennes qui sont le siége du mal. La kératite moyenne ou interstitielle s'annonce d'abord par un trouble profond de la vision ; les ma-

lades se plaignent de ne voir qu'à travers un brouillard très épais, et souvent ne peuvent distinguer autre chose que le jour d'avec la nuit. Il y a douleur sourde et profonde dans l'œil. L'anneau sclérotidien est très rouge dès le principe; ses radiures antérieures sont moins manifestes. La teinte opaline que prend le contour de la cornée empêche de les reconnaître aussi facilement que dans le cas de kératite superficielle. Une zone terne, ou lactée, ou jaunâtre, et quelquefois purulente, les sépare de la portion transparente de l'œil, et paraît être due à l'infiltration d'une certaine quantité de matière plastique entre les lames de la cornée. Cette zone plus large, près du point vivement enflammé, plus étroite vis à vis des autres, forme tantôt un cercle complet, tantôt un ou deux segmens en demi-lune plus ou moins étendus. Elle semble tenir lieu ici de l'ulcération ou de la rainure ulcérée dont je vous ai parlé à l'occasion de la kératite superficielle. Cette zone n'existe quelquefois pas. L'humeur aqueuse paraît quelquefois légèrement rosée, quoique aucune vascularisation ne s'aperçoive dans sa membrane. Ce signe coïncide quelquefois avec la teinte verdâtre dont il a été question à l'occasion des changements de couleur de la cornée. Au bout de quelques jours de durée, des plaques demi-opaques, plus ou moins épaisses, plus ou moins larges, et en général fort irrégulières, se voient bientôt jusque vis à vis de la pupille dans l'épaisseur de la cornée, sans qu'aucune phlyctène, excoriation ou ulcère, en soient nécessairement la suite. Si la maladie dure pendant assez longtemps, l'anneau sclérotidien, de rouge qu'il était, revêt une couleur grise. C'est cette couleur qui lui a valu dans ce cas le nom de *cercle arthritique*.

La photophobie est très marquée ainsi que le larmoiement quand il existe des ulcérations; autrement ces deux phénomènes sont peu intenses.

La kératite interstitielle est tenace, opiniâtre, dange-

reuse par ses conséquences, car elle amène des taches, des abcès, des ulcérations, etc., etc., accidents dont nous aurons occasion de vous entretenir plus loin.

Kératite profonde. L'inflammation siége ici dans la membrane de l'humeur aqueuse. Cette kératite profonde a été fort peu étudiée jusqu'ici. La plupart des symptômes qui ont été décrits comme lui appartenant, par *Schindler*, *Wardropp*, *Juncken*, etc., etc., ne sont pas tous d'une grande exactitude; plusieurs de ces symptômes appartiennent à l'iritis. C'est ainsi que M. *Schindler* admet deux variétés l'une pour la face postérieure de la cornée, l'autre pour la face antérieure de l'iris. M. *Wardropp* regarde un épanchement de lymphe dans la chambre antérieure comme son signe pathognomonique. *Juncken* dit qu'elle est caractérisée par le développement de plaques opaques, et de vaisseaux qui semblent ramper ou reposer sur la face antérieure de la membrane de l'humeur aqueuse. Ce signe ne me semble pas avoir été bien constaté. Au surplus cette maladie me semble suffisamment caractérisée par l'état sain de la partie antérieure de la cornée, par des nébulosités profondes entre cette membrane et l'iris, par le trouble de l'humeur aqueuse, des dépôts de matières blanchâtres ou jaunâtres, enfin par les signes de l'onyx ou de l'hypopion. *Weller* avait bien remarqué que cette maladie était beaucoup plus commune qu'on ne pense. Mes propres observations sont tout à fait en rapport avec les siennes. Du reste, cette maladie doit encore être un sujet d'étude pour les chirurgiens, car elle est mal connue.

Ne pensez pas, Messieurs, que les trois espèces de kératite que je viens de vous décrire isolément soient toujours aussi distinctes. Elles se confondent et se combinent très souvent entre elles. Il est même rare que cette combinaison n'ait pas lieu au bout de quelques jours de durée de l'une d'entre elles. En outre la maladie ne marche pas toujours avec la régularité que

je vous ai indiquée, et ses phases ne sont pas toujours aussi bien déterminées. Souvent la kératite les parcourt très rapidement et arrive de suite à son plus haut degré de développement. La cornée est alors en peu de temps infiltrée de matière plastique ou purulente de manière à simuler une plaque de lard. Cela se remarque très souvent dans les diverses espèces d'ophthalmie dite purulente, soit égyptienne, soit blennorrhagique. Dans d'autres circonstances, la cornée se vascularise avec une extrême promptitude. Elle devient rouge, fongueuse, et se convertit en une espèce de mamelon rougeâtre comme une cerise, mollasse et imbibé de pus. Cet état de la cornée est partiel ou général. Quand il est partiel, on voit souvent une pustule ou une phlyctène, un grumeau de matière plastique ou purulente, un ou plusieurs ulcères sur le point malade. La cornée est ainsi envahie, tantôt dans un quart de son étendue, tantôt dans sa moitié interne, externe, inférieure ou supérieure. Le reste demeure plus ou moins transparent; dans d'autres cas elle est prise dans sa totalité. Au reste c'est plutôt dans la kératite chronique que cet envahissement partiel de la cornée se rencontre. Nous aurons donc bientôt à nous en occuper.

La kératite aiguë a plusieurs modes de terminaisons : tels sont la résolution, l'ulcération, le ramollissement, la suppuration, la gangrène, etc. etc. Nous nous occuperons à part de ces terminaisons. Je ne vous parlerai maintenant que de la résolution.

La résolution est la terminaison la plus heureuse, surtout si elle a lieu de bonne heure, et qu'il ne se soit fait encore aucun dépôt de matière plastique dans l'épaisseur de la cornée. Dans ce cas, la vision se rétablit parfaitement bien; et la maladie ne laisse pas de trace. Quand il y a eu un léger ramollissement des dépressions, des inégalités, la vision est plus ou moins troublée, quoique la cornée soit demeurée transparente. La vision reste

d'autant plus troublée qu'il y a des dépots de lymphe ou de matière plastique, car il en résulte alors des taches, des albugos, des nuages, etc., dont il sera question plus loin comme conséquences de la kératite soit aiguë soit chronique. On peut espérer la résolution quand la teinte de la cornée ne va pas au delà d'une teinte opaline diffuse.

2° *Kératite chronique.*

La kératite chronique est une maladie très commune : elle était cependant peu connue, et mal décrite avant les travaux intéressants de M. *Mirault d'Angers* sur ce sujet. Elle est souvent la terminaison de la kératite aiguë. Mais elle peut être aussi primitive. Cela même est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'a dit.

Tantôt elle commence par le plein de la cornée, tantôt par sa circonférence. Elle est diffuse, générale, ou partielle.

Quand elle débute par le plein de la cornée, voici quels sont ses caractères. La cornée change de couleur, elle s'obscurcit, elle semble couverte d'un brouillard léger, d'une espèce de fumée. Si on l'examine avec une loupe, on s'aperçoit qu'elle a perdu son poli, et qu'elle présente des inégalités et des petites plaques à demi opaques. On n'y observe aucun vaisseau. Ces symptomes viennent tantôt rapidement, tantôt, et cela est plus ordinaire, avec une certaine lenteur. Il n'y a point de larmoiement, et peu ou point de douleur. La vision se trouble d'avantage, à mesure que le brouillard s'épaissit, et que le mal fait des progrès. La cornée semble imbibée d'un liquide semblable à de l'eau de savon. On voit dans son épaisseur des flocons plus ou moins larges de matière lymphatique ou plastique ; ils sont disposés sans ordre et sans régularité. Tantôt

c'est le centre de la cornée qui est plus ou moins brouillée, tantôt c'est sur un autre point, en haut, en bas, à droite, ou à gauche, que ce phénomène s'observe. Il y a bientôt de la photophobie, du larmoiement, et de la douleur quand le globe oculaire frotte sur la paupière. A ce moment paraissent des stries rouges, de véritables vaisseaux qui commencent près de la sclérotique. Il y a vascularisation de la cornée, et il n'est plus possible de distinguer cette variété de la kératite chronique de la suivante.

Ici la maladie qui est d'ailleurs plus fréquente que la variété précédente, commence par la circonférence de la cornée, et non pas par son plein. Il y a vascularisation dès le début. On observe l'anneau sclérotidien comme dans la kératite aiguë. Mais il est d'un rouge moins foncé et moins régulier. De son bord antérieur partent des filets qui s'avancent vers la cornée : les uns viennent de la conjonctive, et se distribuent dans les lames superficielles de la cornée, les autres profonds, à peu près parallèles entre eux, viennent des branches ciliaires, se distribuent à ses autres couches, et s'anastomosent avec les précédents, soit sur la sclérotique, soit dans l'épaisseur de la cornée elle-même. Au commencement de cette vascularisation, la transparence de la cornée existe encore, les vaisseaux sont clairement dessinés, et sans aucune suffusion autour d'eux, mais ils sont promptement cotoyés par des stries opalines qui se confondent entre elles, et finissent par brouiller et obscurcir la cornée ; en même temps une teinte lactescente, uniforme ou maculée, se manifeste et couvre bientôt la cornée partiellement ou en totalité.

La vascularisation de la cornée présente un grand nombre de nuances. Ainsi, tantôt elle n'est qu'un point, qu'une demi-lune dans la membrane, et en général on voit alors la partie malade correspondre aux angles oculaires, au point où se terminent les artères ciliaires longues, ou bien aux extrémités du diamètre vertical de la cornée

c'est à dire au point où viennent se terminer les artères ciliaires courtes. Cette vascularisation est superficielle, et alors on voit qu'elle appartient plutôt aux artères ciliaires antérieures-anastomosées avec les rameaux des musculaires et des palpébrales; d'autres fois elle est profonde et générale, et aussi marquée au centre qu'à la circonférence.

La vascularisation, après la kératite aiguë et ulcéreuse, est quelquefois accompagnée de la transparence du point malade. D'autres fois, il y a seulement une teinte blanchâtre qui ressemble à un point de l'arc sénile, ou bien il y a des granulations très fines d'un gris brunâtre. D'autres fois il y a un épaississement très marqué de la conjonctive, épaisissement qui diffère du ptérigion, par la forme variable de son bord antérieur, par sa fixité et son adhérence à la cornée, qui présente au dessous d'elle un grand nombre de vaisseaux.

D'autres fois la cornée se couvre de granulations cendrées, et à la loupe elle paraît comme sablée. Les vaisseaux forment un très beau réseau, et donnent à la cornée l'aspect d'une membrane muqueuse; c'est *le pannus* de quelques auteurs. Il semble qu'un voile fongueux, rougeâtre et comme charnu, ait été appliqué sur la cornée. Dans l'intervalle des embranchements vasculaires, la cornée reste quelquefois assez transparente, et les malades distinguent encore grossièrement les objets.

Quand la kératite chronique diffuse et générale est interstitielle ou profonde, la cornée conserve plus longtemps ses caractères propres. Le réseau vasculaire moins marqué en altère moins promptement la transparence. Les granulations et les fongosités de la face externe sont plus longtemps à se développer, et la teinte est moins violacée. Les vaisseaux augmentent de volume en s'éloignant de la conjonctive : si on les examine du côté de l'iris, au contraire ils augmentent. C'est avant de se ramifier dans la cornée qu'ils s'anastomosent entre eux. Des stries, des

plaques, des taches de lymphe plastique, sont interposées entre les ramifications et donnent à la cornée l'aspect d'un verre marbré de blanc ou de gris, et strié de rouge. Au milieu de tout ce désordre de la cornée, on aperçoit la pupille qui a conservé sa forme.

La kératite interstitielle et profonde se combine souvent avec la superficielle, et celle-ci se confond aussi facilement avec les premières. Les combinaisons de la kératite chronique sont extrêmement tenaces.

La kératite chronique reconnaît les mêmes causes que la kératite aiguë. Elles agissent seulement avec moins d'intensité. Je citerai, parmi les causes les plus communes de la kératite chronique, la blépharite granuleuse de la paupière supérieure. Il est facile de s'expliquer comment les granulations, faisant sans cesse l'office de corps irritants, peuvent altérer le tissu sain de la cornée. Les individus, exposés à l'action du calorique rayonnant des forges, des fourneaux, sont sujets à la kératite chronique. Rien de plus commun que cette maladie chez les forgerons, les maréchaux, les serruriers, les boulangers, les cuisiniers, les verriers, et tous ceux qui travaillent à l'action d'un feu ardent et prolongé. Ceux qui subissent l'intempérie des saisons, l'humidité, le froid, tels que les ouvriers des ports, les débardeurs, etc., ou qui sont exposés à l'action de miasmes irritants, comme les vidangeurs, les blanchisseurs, les mineurs, etc., contractent encore facilement cette maladie.

La kératite chronique est une maladie sérieuse, car elle compromet la vision en dénaturant la cornée. Elle guérit rarement seule, et est très rebelle aux divers modes de traitement que nous avons à lui opposer. Elle est très opiniâtre, et ses diverses variétés superficielle, profonde, ou interstitielle, se combinent très fréquemment entre elles et durent indéfiniment : cette maladie fait réellement le désespoir des malades et de leurs médecins par ses al-

ternatives de bien et de mal. On la croit sur sa fin, que tout à coup elle reprend avec une nouvelle intensité; en une nuit elle regagne souvent le terrain qu'elle avait perdu depuis six semaines. Si la vision est compromise par cette maladie, il est bien rare cependant qu'elle entraîne la fonte du globe de l'œil, ou même la destruction de la cornée par suppuration, ou gangrène. Mais quand elle dure longtemps, elle laisse toujours sur cette membrane des traces, telles que des leucomas, des albugos, etc., qui laissent les individus dans un état voisin de la cécité. La vascularisation générale et diffuse se maintient quelquefois plusieurs années, et ne varie que par des alternatives de mieux et de pire. Celle qui ne consiste que dans une vascularisation voisine de la scélérotique se guérit souvent facilement. La kératite vasculaire partielle du plein de la membrane et la kératite vasculaire superficielle sont plus graves; mais celle qui présente le plus de danger, c'est la kératite fongueuse générale avec maibrure du tissu de la cornée: celle-ci est souvent incurable et dure toute la vie.

TRAITEMENT DE LA KÉRATITE AIGUE.

Jusqu'à présent le traitement de la kératite aiguë a été très vague, et nous devons avouer que c'est un sujet presque neuf à traiter, ou qui mérite d'être repris en entier. On a tout vanté et tout employé contre cette maladie, et, après la lecture des auteurs qui ont traité ce point de la science, il serait fort difficile de se décider sur la conduite à tenir. Saignées générales et locales, ventouses, purgatifs, mercuriaux, topiques de toute nature, ont été tour à tour employés et rejetés, et chaque jour de nouveaux remèdes viennent accuser l'insuffisance des autres. Cette confusion et ce désaccord viennent principalement, je crois, de ce qu'on a négligé de distinguer les variétés de kératite auxquelles on avait affaire, et de la manière dont on a envisagé

l'ophthalmologie sous le point de vue de sa spécificité. Sans prétendre éclaircir complètement la question, je crois qu'il serait possible de déterminer les cas dans lesquels telle variété de la maladie peut guérir, et ceux dans lesquels telle autre doit rester incurable.

Je diviserai le traitement de la kératite aiguë en traitement général et en traitement local.

Traitement général. Dans l'étude des précédentes ophthalmies, nous avons vu que le traitement général était d'une efficacité médiocre et qu'il ne pouvait être compté que comme accessoire. Il n'en est plus de même dans la kératite. Le traitement local n'en est pas moins important; et souvent il est essentiel dans certaines variétés de la maladie.

Les saignées générales sont nécessaires dans le cas d'inflammation violente. Il est bien entendu qu'on les proportionne à la force et à la constitution du sujet; on les fait larges et abondantes si le malade est pléthorique et vigoureux. Dans le cas contraire, on les fait plus petites et rapprochées. La méthode des saignées coup sur coup, suivant la méthode de *M. Bouillaud*, m'a semblé très avantageuse dans cette maladie, et a promptement calmé le mal. Les sangsues appliquées au pourtour de l'orbite, aux tempes, derrière les oreilles, sont généralement d'une faible ressource. C'est néanmoins un moyen qui seconde l'effet des saignées générales. Je vous en dirai autant des ventouses scarifiées.

Les vésicatoires appliqués au bras, à la nuque, aux tempes, ont été regardés et sont encore regardés par beaucoup de praticiens comme un bon moyen. Sans doute le vésicatoire est utile, mais il faut savoir distinguer les cas où on doit l'employer. Ainsi quand la kératite coïncide avec une constitution dite scrofuleuse, scorbutique ou autres, si on croit que les liquides de l'économie sont viciés, le vésicatoire peut être utile; mais si l'inflammation est sans com-

plication générale, il ne procure pas plus d'avantages que les sétons, les moxas, les cautères, etc., et autres dérivatifs externes. J'ai employé cependant avec beaucoup de succès dans certaines circonstances, le vésicatoire sur la face externe des paupières : il dissipe l'engorgement sanguin, prévient ou arrête les épanchements de matière plastique, en favorise ou en accélère la résorption quand ils ont eu lieu, il déterge les ulcères, enfin il est très efficace pour prévenir la suppuration, les abcès et les ramollissements de la cornée. Appliqué pendant l'état aigu inflammatoire, le vésicatoire semble un moyen dangereux, et capable d'augmenter la phlegmasie. C'est une erreur, et j'ai eu un grand nombre de fois l'occasion de le démontrer Son application exige cependant quelques précautions qu'il est bon que vous connaissiez. Voici comment j'y procède, on frotte d'abord la peau des paupières avec du vinaigre, et on recommande aux malades de fermer ces dernières sans les contracter; on met ensuite le vésicatoire, et pour que le contact avec les parties soit plus exacts on place par dessus un gâteau de charpie qui remplit l'excavation orbitaire : par dessus elle on met des compresses, puis une bande qui maintient le tout. Lorsqu'on lève le vésicatoire le lendemain, on trouve les paupières plus ou moins gonflées. On laisse sécher le vésicatoire en le pansant avec du cérat, et quand le gonflement des paupières est dissipé et que le vésicatoire est sec, on voit quel effet il a produit; on renouvelle ainsi trois ou quatre fois cette application qui réussit fort bien dans certains cas.

Les dérivatifs sur le canal intestinal ont été mis en usage sous toutes les formes dans la kératite. Ils sont utiles, il est vrai, mais il faut les manier avec prudence et les combiner avec le traitement local. On peut employer l'huile de ricin, l'eau de Sedlitz, le jalap, la scammonée, etc. On répète ces purgatifs tous les deux jours, pendant quinze ou vingt jours de suite. J'ai agi de la sorte et souvent, je l'avoue, je

n'en ai retiré aucun effet : il ne faut donc pas trop compter sur ce genre de médication.

Parmi les purgatifs on a surtout préconisé le colchique et le calomel : quelques auteurs ont même voulu trouver quelque chose de spécifique dans ces médicaments. J'ai donné le calomel à la dose altérante, à la dose purgative et dans d'autres cas, de manière à procurer promptement la salivation : j'en ai fait prendre 20 ou 30 grains à la fois pendant plusieurs jours de suite : je l'ai aussi associé à l'opium; je n'ai vu dans la kératite aucune amélioration que je puisse attribuer à l'action de ce remède, il ne m'a pas paru avoir plus d'action sur cete maladie que les purgatifs ordinaires. Il faut donc rabattre des éloges qui ont été donnés à ce médicament, surtout par les Anglais qui le regardent comme une espèce de panacée dans les maux d'yeux. Ce médicament n'est d'ailleurs pas sans quelques inconvénients, d'abord la salivation en est un grand; puis il produit quelquefois sur la muqueuse des intestis une irritation très forte, et un boursouflement particulier qui en altère les fonctions d'une manière notable. La teinture de colchique a été également très vantée dans la kératite, et surtout dans la variété que les médecins de l'école allemande nomme l'*ophthalmie arthritique.* J'ai essayé celle des semences et celle du bulbe. Le médicament m'a paru infidèle. Ainsi je l'ai donné tantôt à la dose de 15 gouttes et il a agi comme purgatif, d'autres fois à celle d'un gros et demi et il n'a rien produit. Aussi quand je l'emploie, je débute ordinairement par la dose d'un gros. Ce médicament n'a absolument rien de spécifique, il agit seulement comme purgatif et je ne sais pas même si on ferait bien de l'employer à ce titre, car il manque très souvent son effet. On a fait usage aussi de l'iode, du soufre, de l'émétique; l'iode m'a paru sans avantages. L'émétique a été donné à la méthode rasorienne par MM. *Lawrence* et *Mackensie*. Il a, dit-on, amené quelques

résultats heureux. On le prescrit à la dose de 6, 8, 10, 15 et 20 grains dans les vingt-quatre heures, dans une potion et par cuillerée à bouche. J'ai moi-même essayé souvent ce moyen et je crois avoir remarqué qu'il avait une action supérieure à celle des purgatifs. Je l'ai donné à la dose de six à quinze grains, et je me suis arrêté dans son administration lorsque les nausées survenaient. Quant au soufre, je ne lui ai reconnu que peu d'efficacité réelle.

Je vous ai déjà parlé du vésicatoire appliqué aux tempes, aux apophyses mastoïdes, etc. Je dois ajouter à ce sujet que, s'il est appliqué à la nuque comme quelques praticiens le recommandent, il peut avoir et il a en effet des avantages comme dérivatif. Mais dans quelques circonstances il nuit beaucoup, en produisant de la fièvre et une réaction vive, un engorgement des ganglions lymphatiques du cou. J'ajouterai même ici, Messieurs, que l'ébranlement qui en résulte dans ces ganglions et dans le système lymphatique environnant peut dans cette circonstance devenir le point de départ de ce qu'on nomme la *maladie scrofuleuse.* Les cautères ont à peu près la même action que le vésicatoire. Le moxa n'a guère d'action plus grande que celle des cautères. Quant au séton, je crois qu'il en a une plus profonde et plus efficace que le vésicatoire. Dans la kératite il lui est préférable, tandis que celui-ci vaut mieux dans la conjonctivite. Mais il a aussi ses inconvénients, il détermine quelquefois des abcès et des érysipèles. Néanmoins je lui reconnais une efficacité réelle, et je l'emploie volontiers dans la kératite lorsque celle-ci dure depuis plus d'un mois.

L'émétique a été employé comme dérivatif à l'extérieur. On en a fait usage en emplâtre et en pommade. Son action est purement révulsive par suite de l'éruption qu'elle détermine. Nous n'avons pas besoin de nous y arrêter davantage.

Ce traitement général et dérivatif est loin de suffire dans

la kératite. Il n'est même le plus ordinairement qu'accessoire. Il faut y joindre presque toujours le traitement local. Mais il faut distinguer soigneusement les diverses nuances de la kératite, car la médication topique ne doit pas être la même dans chacune d'elles.

Traitement local. Les moyens locaux que l'on met en usage dans la kératite sont de deux ordres. 1° Ceux qui sont appliqués sur la cornée elle-même, comme les collyres, les poudres, etc. 2° Ceux qu'on applique sur les parties environnantes, à la tempe, aux paupières, autour de l'orbite, et qui consistent surtout en pommades, onguents, etc., etc. Les premiers seuls méritent réellement le nom de topiques. On pourrait croire, en effet, d'après les idées théoriques, que l'action des médicaments employés sur la peau aux environs du siège de la maladie, ne peut se produire qu'après l'absorption de ces médicaments qui doivent traverser le système circulatoire pour revenir agir sur le lieu malade. Il n'en est pas ainsi cependant, car on obtient réellement un effet plus prompt sur un organe, en appliquant des topiques dans son voisinage, qu'en le donnant par la bouche. Quelle voie prennent-ils? C'est ce que nous ignorons. Nous devons pour le moment nous borner à l'observation du fait. Quoi qu'il en soit, ces médicaments, appliqués en frictions ou en onctions dans les environs de l'œil, autour de l'orbite, sur la tempe, le front, etc., consistent principalement dans les pommades à la belladone, dans les frictions avec la digitale, les onguents mercuriels, etc.

La pommade mercurielle a été regardée comme une des plus utiles dans la kératite. On l'emploie en frictions. Les uns veulent que ce soit en petite quantité, comme par exemple de la grosseur d'une lentille, le matin et le soir. D'autres au contraire veulent qu'on l'emploie à la dose de deux ou trois gros par jour. On associe au mercure l'opium, la digitale, la belladone ou la jus-

quinine. Ces derniers médicaments sont destinés surtout à calmer la photophobie. J'ai souvent essayé ces combinaisons, et il m'a semblé que le mercure agissait tout aussi bien seul qu'associé à eux. Néanmoins, quand il y a douleur très vive et larmoiement très considérable, j'ai remarqué que le mercure uni aux narcotiques était très utile et calmait bien ces accidents. Ici notons certaines particularités : s'il y a douleur violente et que la kératite soit seule et sans complication, je préfère employer l'opium comme plus narcotique. Mais s'il y a complication d'iritis, j'aime mieux avoir recours à la belladone, quand l'inflammation de l'iris est diminuée, et cela dans le but de dilater la pupille et de détruire les petites adhérences qui ont pu se former. J'emploie dans ce cas la belladone unie à la pommade mercurielle, ou bien la teinture de belladone pure.

Quant à la digitale qui a été comme la belladone associée à la pommade mercurielle, et qui a été employée d'abord par M. *Olivier d'Angers*, je lui crois peu d'action. Cependant, je ne l'ai pas assez souvent employée pour pouvoir me prononcer à son égard d'une manière définitive.

Les topiques appliqués sur l'œil ont une action bien plus marquée que celle des médicaments que nous avons examinés jusqu'à présent. Il y a cependant à leur occasion beaucoup de divergence parmi les auteurs; les uns les rejettent comme dangereux, et n'admettent que des topiques émollients comme l'eau de guimauve ou l'eau tiède; d'autres les rejettent tous sans distinction. D'autres, au contraire, en emploient de très actifs. Il faut distinguer ici le genre de kératite auquel on a affaire.

Traitement de la kératite superficielle. Après l'emploi des émissions sanguines générales ou locales, les topiques sont d'une grande utilité dans cette variété de la kératite. Ils le sont d'autant plus qu'il y a très souvent en même temps complication de conjonctivite.

L'eau froide, les compresses trempées dans ce liquide et les irrigations d'eau froide, peuvent aussi être d'une certaine utilité, mais c'est seulement dans le commencement de la maladie. Les lotions d'eau tiède valent mieux quand elle dure depuis un certain temps. Il en est de même des cataplasmes émollients placés entre deux linges très fins. Ils sont très utiles; mais moins dans la kératite superficielle, que dans la kératite profonde.

Ce sont les topiques spéciaux qui méritent la plus grande attention. Ce sont les plus importants. Les pommades sont ici beaucoup moins utiles que les collyres, et les collyres liquides sont préférables aux collyres secs. Ceux-ci peuvent nuire dans la kératite ulcéreuse : les poudres s'arrêtent en effet dans les anfractuosités des ulcères, et en augmentent l'irritation. Celui des collyres liquides qui me semble le plus avantageux, est celui préparé avec le nitrate d'argent. Son mode d'application et sa composition ne diffèrent en rien de ce que nous avons déjà dit à l'occasion des blépharites et des conjonctivites. Les collyres au sulfate de zinc, au sulfate de cuivre, à l'acétate de plomb, trouvent aussi leur place ici. Mais n'attendez pas dans la kératite une amélioration aussi prompte que dans la conjonctivite. Ce n'est guère qu'au bout d'un certain temps qu'elle se manifestera. Le collyre au sublimé à la dose d'un quart de grain ou d'un demi-grain par once d'eau distillée, a souvent parfaitement réussi. Quelquefois même, et sans pouvoir me rendre compte de ce fait, il a réussi dans des kératites où le nitrate d'argent a échoué.

Les collyres opiacés, au laudanum de Sydenham ou de Rousseau, à la solution aqueuse d'opium ont également été très vantés dans la kératite. Ils sont trop irritants dans les kératites aiguës lorsqu'on les emploie seuls : mais unis à des collyres émollients, ils réussissent très bien quand ces kératites sont très douloureuses. C'est ainsi que j'ai employé très heureusement un collyre composé de quatre

onces d'eau distillée avec 20 ou 30 gouttes de laudanum, ou quelques grains d'extrait de belladone. J'ai même uni quelquefois à ces narcotiques l'acétate de plomb, et je m'en suis bien trouvé. On en instille trois ou quatre fois par jour entre les paupières. J'ai employé avec un égal avantage la teinture thébaïque.

Traitement de la kératite interstitielle. On a vanté une foule de remèdes dans cette variété de la kératite, il faut l'avouer cependant, les collyres sont ici d'une efficacité médiocre. Quand il existe des ulcérations, ils sont au contraires très utiles. Cela nous prouve qu'il est important non seulement de distinguer les nuances mais encore les complications de chacune de ces nuances. Comptez fort peu sur les collyres dans le cas de kératite interstitielle sans ulcérations. Les frictions d'onguent mercuriel sur la face cutanée des paupières, sur le front et les tempes, réussissent assez bien quand il y a dépôt de lymphe plastique entre les lames de la cornée. Quand il y a douleur vive, on associe l'opium au mercure. Le vésicatoire volant sur l'orbite, a souvent du succès dans cette variété de la kératite. Mais souvenez-vous bien que dans cette maladie la médication générale est beaucoup plus efficace que la médication topique. Celle-ci est accessoire et non plus essentielle comme dans les autres opthalmies.

Traitement de la kératite profonde. Les moyens locaux ont encore moins de prise ici que dans le cas précédent. Les moyens généraux sont du reste, ceux que nous avons indiqués plus haut; quant aux moyens locaux, ce sont aussi les mêmes, et principalement les frictions mercurielles et les vésicatoires volants au devant des paupières.

Dans chacune de ces nuances de la kératite il y a des complications diverses à combattre d'une manière spéciale, telles sont les ulcérations, les abcès, etc., etc. Nous verrons plus tard le traitement qui leur convient.

TRAITEMENT DE LA KÉRATITE CHRONIQUE.

La kératite chronique est une maladie rebelle et souvent incurable. Tout échoue contre elle, traitement antiphlogistique, dérivatifs cutanés, ou sur le tube digestif, topiques, collyres de toute espèce, vésicatoires au devant de l'orbite, etc., etc. On a vanté la cautérisation annulaire avec le nitrate d'argent : elle a échoué le plus ordinairement. Quelques praticiens ont essayé l'excision de la conjonctive et de ses vaisseaux autour de la cornée transparente et qui alimentent son inflammation. Cette destruction des vaisseaux par le caustique ou par l'instrument tranchant ne réussit pas ordinairement, et il est facile de le concevoir si on se souvient de leur mode de distribution. En effet, ceux qui alimentent le réseau au-devant de l'œil viennent en grande partie des artères ciliaires longues ou internes et appartiennent par conséquent au plan profond; or, on n'excise que ceux qui viennent de la conjonctive, et qui appartiennent au plan externe. Cette destruction des vaisseaux ne sert donc presque à rien.

On n'est cependant pas toujours aussi malheureux dans le traitement des kératites chroniques. Le traitement général a, dans certains cas, des succès. Voici comment je le dirige : si c'est le tissu propre de la cornée qui est affecté, je débute par une saignée générale proportionnée à la force du sujet, le surlendemain je prescris un purgatif, le quatrième jour, des ventouses scarifiées aux tempes; le sixième, une nouvelle saignée générale; puis, le surlendemain de cette saignée, un nouveau purgatif, de nouvelles ventouses qu'on met à la nuque ou entre les épaules. On alterne ainsi pendant un mois, en continuant ou en supprimant les saignées générales suivant l'état général et la constitution du sujet. Je fais en même temps usage des frictions mer-

curielles au pourtour de l'orbite. On pourrait joindre à ces moyens les cautères aux tempes, suivant le conseil donné par M. *Lawrence*. Les collyres sont peu utiles dans cette affection; toutefois ceux au laudanum pur et à la solution faible de nitrate d'argent ne sont point à dédaigner; mais ils n'ont d'utilité bien positive que dans la kératite superficielle. On peut avoir recours aux collyres secs préparés avec le bismuth, le calomel, la tuthie, et aux collyres liquides dont il a été déjà si souvent question. Dans la kératite superficielle l'excision des vaisseaux de la conjonctive qui se rendent à la cornée offre des chances de succès que l'on ne rencontre pas dans la kératite interstitielle ou profonde. Leur destruction par la cautérisation présente les mêmes avantages. M. *Sanson* a imaginé pour cela un instrument particulier, et qui rend facile l'application du caustique (1). Dans la kératite chronique superficielle, chaque plaque enflammée emprunte un faisceau vasculaire distinct à la conjonctive, et il est en général facile à distinguer, à saisir et à exciser ou à cautériser. Quand les vaisseaux ont été excisés, il faut tenir l'œil couvert afin d'empêcher autant que possible l'inflammation et la suppuration de la plaie qu'on vient de faire : l'air contribuerait beaucoup à produire cette inflammation, et alors on verrait des petits vaisseaux prendre bientôt la place des branches qui ont été enlevées, et la circulation en se rétablissant comme auparavant détruirait tous les avantages de l'inflammation. Mais en général, à part cette circonstance de l'excision des vaisseaux dans la kératite chronique, il ne faut pas, dans cette maladie, tenir les yeux couverts et le malade plongé dans l'obscurité. Je ne prétends pas qu'il faille les exposer au grand air ou à une lumière vive, ce serait tomber dans un excès contraire. En couvrant les yeux d'un bandeau, on les échauffe

(1) M. Carron du Villards dit avoir parfaitement réussi avec cet instrument.

et en les privant de la lumière on les rend plus sensibles à l'action de ce fluide quand le mal commence à s'éteindre, et on est très longtemps à les y habituer de nouveau.

Vous voyez, d'après tout ce que je viens de vous dire, Messieurs, que la kératite chronique est une maladie très rebelle, et que j'ai eu raison de vous dire en commençant qu'elle faisait le désespoir des malades et des chirurgiens ; vous voyez enfin que son véritable remède est encore à trouver, et qu'elle doit être le sujet de recherches intéressantes.

A l'occasion de la kératite aiguë, je vous ai déjà entretenu du vésicatoire placé au devant de l'orbite, je veux encore insister sur son emploi dans la kératite chronique ; car je crois qu'il pourrait rendre de grands services. Le vésicatoire a été déjà employé au devant de l'orbite par *Woolhouse* et par *Assalini*, mais il l'a été d'une manière peu rationnelle par ces auteurs. J'en ai fait souvent usage, de mon côté, plus de cent fois peut-être. Je fus conduit à l'emploi de ce moyen par le souvenir de plusieurs maladies intercurrentes qui avaient fait disparaître des ophthalmies chroniques rebelles depuis longtemps à toute espèce de traitement. C'est ainsi, par exemple, que des ophthalmies très anciennes ont disparu pendant la durée d'un érysipèle. Je me suis demandé alors si en faisant naître artificiellement une maladie à peu près semblable et en attirant à l'extérieur les fluides, on ne pourrait pas guérir la kératite. Je fus d'autant plus porté à essayer ce moyen dans l'ophthalmie chronique, que je l'employais déjà depuis longtemps comme un résolutif dans les inflammations d'autres parties du corps. J'en fis usage d'abord sur un soldat revenu d'Afrique, et qui portait depuis très longtemps une ophthalmie très rebelle, contractée dans ce pays; il en souffrait beaucoup. Cette ophthalmie avait résisté à tout ce que nous avions fait jusqu'alors. J'appliquai le vésicatoire au devant des paupières de la manière que je vous ai indiquée. Je

fus pendant la journée fort inquiet du résultat; mais j'appris avec plaisir que le malade avait moins souffert des yeux depuis l'application du vésicatoire. Au bout de trois ou quatre jours il y avait une amélioration notable dans sa position. Au bout d'une semaine, j'appliquai un autre vésicatoire, l'amélioration se fit encore davantage sentir; mais la guérison ne fut pas entière. Il s'agissait en effet d'une kératite chronique vasculaire avec granulations. Toutefois ce début était encourageant, puisqu'il y avait eu un amendement. Depuis, je l'employai souvent, et je m'en suis presque toujours bien trouvé. C'est un des meilleurs résolutifs dans les conjonctivites oculaires chroniques, dans les kératites vasculaires, ulcéreuses, etc. Dans ce moment-ci, nous avons plusieurs malades atteints de maux d'yeux chroniques, et vous pourrez suivre les effets de l'application des vésicatoires au devant de l'orbite; ainsi vous verrez une jeune fille atteinte de kératite chronique avec abcès dans la cornée, et qui a été traitée pendant quatre mois par l'homéopathie, et cela sans succès. Je n'avais rien obtenu de l'emploi des pommades, des collyres, enfin de toute la série des moyens ordinaires. J'ai eu recours au vésicatoire, et huit ou dix jours après la guérison a eu lieu : elle est entière. Vous trouverez encore dans la salle des femmes un autre exemple d'ophthalmie chronique très rebelle. Il s'agit d'une conjonctivite granuleuse et d'une kératite ulcéreuse très ancienne. La solution avec le nitrate d'argent avait été employée d'abord, et avait amené une grande amélioration; mais les accidents sont revenus et le médicament n'a plus rien produit. La photophobie était extrême, le larmoiement abondant, les douleurs atroces dans l'orbite, le front, etc., etc. Ayant épuisé à peu près toutes mes ressources contre cette maladie, j'ai fait appliquer il y a quelques jours le vésicatoire volant sur les deux yeux. Le soulagement fut manifeste, les douleurs se sont calmées. On peut maintenant écarter les paupières et consta-

ter l'état du globe oculaire, ce qu'il était impossible de faire dans les premiers temps.

Ces deux exemples que vous avez sous les yeux, actuellement, vous prouvent de la manière la plus évidente que ce moyen est éminemment résolutif, et que loin d'aggraver le mal, il calme très bien les douleurs. Aujourd'hui encore (24 mars 1859), je viens encore de faire appliquer le vésicatoire sur les paupières d'un malade atteint d'une kératite ulcéreuse accompagnée de vives douleurs, photophobie, larmoiement, etc., etc. Il a aussi une blépharite, je vous engage à suivre ce malade pour bien constater les effets de ce remède. Je me souviens avoir employé avec avantage le vésicatoire volant sur l'œil dans les cas de kératite traumatique, qui ne cédaient à aucun des moyens ordinaires et j'ai bien réussi. Enfin, Messieurs, pour résumer mon opinion sur l'emploi du vésicatoire, au devant de l'œil dans les ophthalmies; je vous dirai que je crois ce moyen fort bon dans les kératites aiguës et surtout dans celles qui tendent à gagner le fond de l'œil, dans les kératites chroniques, les kératites ulcéreuses, dans les kératites superficielles, avec ou sans ulcération, et dans les conjonctivites chroniques. Mais je le regarde comme inutile, ou même comme nuisible dans les blépharites, dans les ophthalmies et dans les kératites purulentes. Ce remède, il faut l'avouer, plaît peu aux malades. Cela dépend surtout de la crainte de la douleur. Vous savez ce qu'il en est à cet égard : loin de l'exaspérer, il la calme On craint aussi qu'il ne reste des traces de son application, sur la peau du visage : c'est encore un préjugé, le vésicatoire, tel que je l'emploie, ne dure pas longtemps, il est volant et toutes les traces en sont effacées au bout de 15 à 20 jours.

Du reste, l'emploi du vésicatoire comme nous l'avons indiqué, n'exclut pas celui des autres moyens dans la kératite. Au contraire, on seconde l'amélioration qu'il détermine par ceux que nous avons indiqués, et on triomphe

plus facilement de la maladie. Nous allons maintenant parler des diverses conséquences des kératites et de leur traitement.

Ramollissement de la cornée. A la suite de la kératite aiguë ou chronique, la cornée conserve quelquefois une mollesse qui donne naissance à des phénomènes particuliers. C'est ainsi qu'elle est quelquefois assez molle pour céder à la simple pression des paupières, qu'elle s'aplatit de haut en bas comme l'a vu *M. Mirault*, et qu'elle peut d'après *M. Stœber* devenir pendante entre les bords palpébraux. D'autres fois de convexe qu'elle est elle devient plate. Cette maladie, décrite par *M. Stœber* sous le nom de *kérati-malaxie*, se termine souvent par la rupture de la cornée qui devient auparavant blanche, opaque, pâteuse et proéminente. Elle s'allonge en cône sous la forme d'une ou plusieurs bosselures, demi transparentes jaunâtres, et quelquefois noirâtres. *M. Rosas* dit avoir vu la cornée si molle chez quelques malades qu'elle changeait de forme à chaque instant; comme on le peut bien penser la vision est dans ce cas considérablement troublée et souvent entièrement abolie.

La cornée raréfiée se trouve d'autres fois transformée en une espèce de petite pomme noire brune ou roussâtre, soulevant les paupières et proéminant entre elles à la manière d'un staphylôme de l'iris. Cette masse est tremblotante, molle, insensible, striée, semblable à de la mélanose; j'ai observé quelquefois seulement cette dernière altération de la cornée, et les individus qui la présentèrent étaient atteints de syphilis constitutionnelle qui avait profondément dégradé leur constitution.

Dans ces cas, le régime émollient et dérivatif n'ayant produit aucun effet, j'ai employé les collyres astringents qui ont également échoué : le traitement antisyphylitique améliora l'état des choses et la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent réussit à affaisser et cicatriser la cornée,

mais d'autres fois cette cicatrisation ne s'opère qu'après la perforation complète de la cornée et l'évacuation d'une partie ou de la totalité des humeurs de l'œil. Quand les malades sont guéris, la cornée reste aplatie, d'une couleur roussâtre, et est comme percée d'espace en espace ou même comme criblée de trous, et semble confondue avec l'iris et les autres tissus placés derrière elle. Dans quelques cas heureux, les lames écartées se sont rapprochées au point que d'après quelques observations de *M. Mirault*, le retour de sa transparence dans quelques uns de ses points ne serait pas tout à fait impossible.

Cette maladie a du reste besoin d'être étudiée de nouveau, car elle est incomplètement décrite.

Les collyres astringents constituent en définitive la meilleure médication à employer. Le traitement interne doit être unie à ce traitement local, quand on reconnait une viciation spécifique qui a déterminé ou compliqué la maladie ; enfin la cautérisation avec le nitrate d'argent peut être essayée avec quelques chances de succès.

Gangrène. Cette terminaison est très rare dans la kératite. Cependant quelques auteurs en ont cité des observations ; tels sont : *Saunders, Béclard, MM. Lawrence, Travers, Sanson, Mirault.* Mais il est possible qu'on ait pris souvent des fontes purulentes de la cornée pour des gangrènes. On l'a observée dans une partie seulement ou dans la totalité de la cornée. On peut, du reste, établir aujourd'hui trois variétés de la gangrène de la cornée ; 1° celle qui est le résultat de l'excès d'inflammation ; 2° celle qui provient de la dissolution organique générale ; 3° enfin celle qui est déterminée par l'arrêt de la circulation, comme il arrive dans certaines ulcérations circulaires qui détruisent les vaisseaux qui vont alimenter la cornée. La première espèce peut se borner aux lames superficielles de la cornée, ce qui n'entraîne pas la perforation de l'œil, la guérison se fait alors en laissant pour trace un albugo ou un leucoma. La

seconde espèce annonçant une décomposition générale du corps n'est pas une maladie à proprement parler. C'est un symptôme presque infaillible d'une mort prochaine, telle est celle qui se manifeste quelquefois chez les cholériques. Quant à celle de la troisième espèce, la fonte de l'œil en est le résultat presque inévitable.

Le traitement de la gangrène varie donc suivant l'espèce. Dans la première, c'est la violence de l'inflammation qu'il faut combattre. On s'occupe ensuite à guérir les ulcères qui en résultent. Dans la seconde, c'est au traitement général capable de modifier l'organisation qu'il faut avoir recours. Nous traiterons plus loin de la manière de guérir les ulcérations qui produisent la gangrène de la troisième espèce.

Perforations. Je rapprocherai des deux lésions précédentes les perforations de la cornée qui sont la suite d'un état semblable à la gangrène et au ramollissement d'une portion de la cornée. Il s'agit de celles qu'on remarque à la suite de l'ophthalmie des *nouveaux nés*, de l'*ophthalmie blennorrhagique*, de l'*ophthalmie égyptienne*, en un mot des ophthalmies connues sous le nom d'*ophthalmies purulentes*. Dans ces cas la cornée se ramollit ordinairement par son centre, et passe en peu de jours à l'état de fonte purulente. Ce point devient jaune, s'épaissit, proémine et se rompt. L'ouverture qui en résulte est quelquefois assez large pour que le cristallin lui-même s'échappe avec le reste des humeurs de l'œil. Quand l'ouverture est plus petite, les humeurs de l'œil ne sortent qu'incomplètement, et l'organe ne s'affaisse qu'en partie. La vision est perdue.

La détérioration de la constitution, par le défaut de substances alibiles, la prédominance lymphatique, paraissent être les causes qui influent le plus sur cette dangereuse affection. Ces perforations spontanées de la cornée ressemblent à celles qui se remarquent chez les animaux qui meurent d'inanition. *M. Magendie* a noté cette désorganisation sur les chiens qu'il soumettait à une diète ab-

solue, ou à un régime trop peu nutritif, à ceux, par exemple, qui ne mangeaient que du sucre. *M. Ratier*, *M. Brown* et *M. Mackensie*, ont aussi décrit ces perforations par inanition. J'ai constaté les mêmes phénomènes sur des individus qui avaient été soumis à une diète longue et sévère, ou a des saignées abondantes et répétées pour des maladies graves et en particulier des fièvres typhoïdes. Dans ces cas, la cornée rougit à peine, elle se ternit dans un espace peu étendu ordinairement, mais qui gagne petit à petit : la membrane se ramollit, se fond sans suppuration, sans épaississement ni boursouflement : il en résulte un ulcère ou une fistule. Comme cette lésion ne se fait pas nécessairement vis à vis de la pupille et qu'elle peut se réduire à de faibles dimensions, il y a dans les premiers temps espérance de conserver la vision.

Lorsque ces perforations ou ruptures de la cornée sont opérées, on doit attaquer les causes qui les ont produites. On a recours à une médication spécifique s'il y a lieu, on change le régime, on donne des aliments capables de fournir de bons matériaux de nutrition, etc.... Quant à la maladie en elle-même, elle exige le traitement des ulcères et des fistules dont nous allons bientôt parler.

Abcès de la cornée. La cornée transparente suppure comme tous les autres tissus, et de même que chaque tissu fournit un pus doué de qualités particulières, de même celui de la cornée présente des différences avec celui des autres parties du corps. Ces différences sont la cause de discussions qui ont eu lieu entre les auteurs. Les uns ont prétendu que la cornée ne suppurait jamais, d'autres ne donnent à la matière épanchée entre les lames de la cornée que le nom de matière plastique, de lymphe concrescible, et lui refusent celui du pus. C'est une véritable dispute de mots. Cette matière épanchée entre les lames de la cornée est un produit demi liquide blanchâtre et presque concret,

présentant quelquefois tous les caractères du pus ordinaire et constituant de véritables abcès. Nous ne traitons pas ici de la fonte purulente de la cornée, ni des épanchements purulents qui se font dans la chambre antérieure et qui portent le nom d'hypopions. Nous parlons seulement ici des dépôts de matière plastique ou purulente qui se font dans l'épaisseur même de la cornée et entre les diverses lames de cette membrane.

Ces dépôts appartiennent presque exclusivement à la kératite interstitielle. On les voit souvent dans la kératite aiguë, et quelquefois dans la kératite chronique. On donne le nom d'*onyx* aux abcès qui se trouvent placés dans la cornée, près de la sclérotique, et qui présentent une espèce de demi-lune semblable à la plaque blanchâtre qui se trouve à la racine de l'ongle. Ce n'est pas seulement à la partie inférieure de la cornée, mais dans tous les autres points de sa circonférence que l'on les observe. Ces abcès se terminent tantôt en gagnant de plus en plus, de manière à couvrir la cornée tout entière et à l'infiltrer complètement; tantôt ils disparaissent par suite d'absorption de la matière épanchée; d'autres fois ils s'ouvrent à l'extérieur, après avoir perforé la cornée et produit un ulcère qui le plus ordinairement a la forme d'un *coup d'ongle*. Dans d'autres circonstances ils perforent la cornée en arrière, et donnent lieu à un *hypopion*; ou accumulation de pus dans la chambre antérieure. Ceux qui ont leur siége dans le plein de la cornée n'ont rien de constant pour la forme, ni pour le siége; néanmoins on peut dire qu'on les observe plus généralement au dessous du diamètre transversal qu'au dessus : ils sont quelquefois extrêmement petits, comme un grain de millet ou une tête d'épingle; d'autres fois ils sont plus volumineux, globuleux ou aplatis; leur couleur est jaunâtre, et ils sont entourés d'une auréole opaline plus ou moins considérable. De même que l'onyx, ils se terminent soit par la résolution, soit par leur ouverture au dehors

ou au dedans de la cornée. Dans le premier cas, il en résulte des ulcères : quand ils sont profonds, ils restent quelquefois plusieurs semaines avant de s'ouvrir. Enfin, ces abcès peuvent ne pas s'ouvrir ni en dedans ni en dehors : ils se dessèchent en quelque sorte ; leur matière la moins épaisse est résorbée, et ils laissent une tache permanente dans la cornée. (C'est l'*exsiccatus onyx.*)

Le traitement des abcès de la cornée est celui de la kératite. Quelques auteurs ont conseillé d'ouvrir l'onyx avec la lancette ; mais cette opération retarde en général la guérison plus qu'elle ne l'accélère ; elle a été même suivie de staphylôme chez des malades opérés par *M. Mackenzie*, tandis que ceux auxquels il n'avait pas touché ont très bien guéri. En effet, dans l'onyx, comme dans les autres abcès du plein de la cornée, la matière qui les forme étant très épaisse, concrète, adhérente, le pus ne sort pas ; et l'incision est à peu près inutile ; elle peut même augmenter souvent les accidents. Il vaut donc mieux les laisser s'ouvrir spontanément. Cependant, d'après mes observations, l'incision serait moins dangereuse qu'on ne l'a dit, et il est même des circonstances dans lesquelles j'y ai recours : c'est quand l'abcès a un volume assez considérable, qu'il a son siége vis-à-vis la pupille, et qu'il tarde trop à s'ouvrir au dehors. Je l'ouvre avec la pointe de la lancette. Une fois ouverts par l'art ou spontanément, les abcès rentrent dans la catégorie des ulcères, et ils ne présentent plus aucune indication comme abcès.

Végétations. La kératite est quelquefois suivie de végétations qui se présentent sous des aspects différents. Leur épaisseur varie depuis un quart de ligne jusqu'à une demi-ligne. Elles s'avancent quelquefois à la manière d'un anneau vers le centre de la cornée. Leur couleur est tantôt grise, tantôt rougeâtre ; elles sont tantôt plates et tantôt arrondies ; elles n'occupent quelquefois que le pourtour de la cornée, en partie ou en totalité ; d'autres fois elles sont sur

son plein, isolées ou agglomérées; généralement elles sont indolentes.

Le traitement de ces végétations consiste soit dans leur excision, soit dans leur cautérisation. Si elles sont très saillantes, on les excise avec une lancette, ou la pointe d'une aiguille à cataracte portée en dédolant ; on fait suivre cette excision d'une cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. Si les végétations sont peu saillantes, disséminées sur le plein de la cornée, ou disposées en anneau autour d'elle, la cautérisation seule suffit, et n'a pas besoin d'être précédée de l'excision.

Papules aphthoïdes. Les papules aphthoïdes, qui se développent sur la cornée à la suite de la kératite, sont des tumeurs dures, d'un rouge pâle d'abord, adhérentes et qui se montrent à l'union de la cornée à la sclérotique, elles ont la forme d'un bouton de variole. Elles sont formées par la conjonctive et la couche celluleuse sous jacente. Leur siége ordinaire est l'union de la sclérotique avec la cornée, et le plus ordinairement aux extrémités du diamètre transversal de l'œil, mais quelquefois elles sont exclusivement sur la cornée, à une ligne ou deux de sa circonférence. Le sommet de cette tumeur s'aplatit bientôt, se déprime, se creuse; elle prend une teinte grise, jaunâtre, comme couenneuse, ce qui la rendrait difficile à distinguer d'une aphthe. Cette forme excavée au sommet la fait prendre pour un ulcère par quelques auteurs. Je regarde ces tumeurs comme des aphthes. Ce sont surtout les individus jeunes et d'une constitution lymphatique qui y sont sujets. On les voit à toutes les époques de l'année. Chez beaucoup de personnes il existe naturellement à l'union de la sclérotique avec la cornée, aux extrémités du diamètre transversal de l'œil, un tubercule très peu saillant et qui semble prédisposer à ces papules dans la kératite. Tantôt il n'y a qu'une seule tumeur, d'autres fois il y en a trois, quatre ou cinq. Les tumeurs aphthoïdes qui

siégent sur la cornée seulement, sont généralement étroites, et forment la pointe d'un triangle ou d'une pyramide vasculaire. Celles qui sont à l'union de la cornée avec la sclérotique sont plus larges, plus excavées, et reposent sur un fond rouge-violet qui se perd promptement dans la conjonctive.

Le *pronostic* de cette tumeur n'est pas grave. Généralement elle disparaît avec la kératite ou la conjonctivite qui lui a donné naissance. Lorsqu'elle persiste après la disparition de ces inflammations, on a recours aux collyres astringents. Mais le moyen le plus efficace pour la faire disparaître promptement, c'est la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent.

Excroissances. La kératite peut être suivie d'excroissances de formes variées à l'infini. C'est ainsi qu'on y voit guérir des tubercules charnus, des tumeurs semblables à des *nævi materni*, et sur lesquelles on dit même avoir vu croître des poils, des tumeurs brunes, noirâtres et mollasses, de véritables fongus au centre desquels on trouve des corps durs, de forme, de consistance et de nature cartilagineuse, etc. Toutes ces excroissances ne peuvent guérir que par l'excision suivie de la cautérisation que l'on fait avec soin, afin de détruire les moindres racines du mal et prévenir toute espèce de récidive.

Plaques cornées et osseuses. Les kératites chroniques peuvent être suivies de dégénérescences variées. Parmi elles on trouve la production de plaques véritablement cornées ou bien de plaques cutanées, blanches, sèches et dures. On conçoit que cet état de choses est incurable. L'altération de la cornée peut même aller jusqu'à présenter des plaques et des incrustations osseuses. *Walter* en cite une qui était large de deux lignes et longue de trois, et qui pesait deux grains. *M. Wardrop* dit avoir vu de ces plaques à la face interne de la cornée. C'est en effet sur la face externe de la membrane de l'humeur aqueuse qu'on

observe le plus ordinairement ces plaques osseuses. On conçoit qu'il n'y a rien à faire pour les détruire. Quand elles sont mêlées au tissu de la cornée avec des parcelles de pus desséché et dénaturé après l'affaissement du globe de l'œil, elles contribuent à former ce qu'on a nommé le *phtisis* ou *rhitidosis* de la cornée.

Ulcères de la cornée. Les ulcérations de la cornée ont de tout temps beaucoup occupé les chirurgiens, et elles méritent en effet une grande attention dans la pratique. Il y en a un grand nombre de variétés, et toutes sont importantes à connaître pour le traitement.

Première variété. Elle se manifeste à la suite des abcès ou des dépôts de matière plastique, commence par une petite pustule ou une légère saillie jaune qui se déchire et fait place bientôt à une petite cupule. Si elle siége à une certaine distance de la pupille, elle correspond presque toujours au sommet d'un paquet vasculaire de forme ordinairement pyramidale et dont la base s'épanouit dans la conjonctive scléroticale. Ce faisceau est tantôt épais, tantôt mince et mobile, d'autres fois il semble confondu avec la cornée. Quelquefois ce n'est qu'une plaque vasculaire très superficielle de la cornée. Dans certains cas, il n'y a pas de plaque ni de faisceau vasculaire sur la cornée. L'ulcère est situé tout simplement à la pointe d'une plaque triangulaire opaline. Le fond de cet ulcère est inégal, grisâtre, il se déterge avec lenteur. Ceci explique comment le larmoiement et la photophobie sont peu marqués d'abord et deviennent très intenses ensuite. Tant qu'il y a de la matière purulente ou plastique au fond de l'ulcère, celui-ci est préservé du contact de l'air, mais aussitôt que la chute de cette matière est opérée, l'air frappant le fond de cette ulcération y détermine promptement les phénomènes de douleur et de photophobie. Les taches qui résultent de cette première variété sont généralement larges et très opaques. La variole la détermine fréquemment. Toutes les

constitutions sont exposées à ce genre d'ulcérations, on les remarques chez les adultes comme chez les vieillards, chez les sujets robustes comme chez les sujets lymphatiques. Les individus dits scrofuleux sont cependant ceux qui les présentent le plus souvent.

Deuxième variété. Elle a reçu des anciens le nom d'*achlys*, de *Caligo.* Elle commence par une espèce de brouillard, de nuage plus ou moins étendu et à forme irrégulière : au bout d'un certain temps, il se forme sur ce nuage une exulcération qui repose sur un fond blanchâtre. Les femmes, les enfants, les sujets blonds et lymphatiques, sont plus sujets que d'autres à ce genre d'ulcérations. *Galien* avait déjà signalé ce genre d'ulcérations.

Troisième variété. Elle est connue sous le nom d'*argemon de bothrion* ou d'*encavure.* Elle commence par une phlyctène transparente qui ne se rompt qu'après quelques jours de durée. Elle est remplacée par une ulcération superficielle et arrondie, qui prend alors le nom de *argemon.* Si l'ulcération est profonde, elle prend celui de *bothrion.* Le *bothrion* affecte souvent la forme d'une larme dont la pointe se trouve ordinairement dirigée du coté de la sclérotique. Quand l'ulcère est superficiel dans l'argemon en un mot, les vaisseaux qui l'alimentent viennent de la conjonctive; dans le bothrion, au contraire, ils viennent du plan profond de la sclérotique, ou s'y rendent. Autour de l'ulcère les vaisseaux sont souvent beaucoup plus gros que sur la conjonctive et sur la sclérotique. Assez ordinairement on remarque même que l'un des vaisseaux de l'ulcération plus volumineux semble former le tronc de tous les autres; il n'est même accompagné que d'une opacité très légère sur tout son trajet. Ces ulcères se comportent de la manière suivante. Après avoir duré un certain temps, l'injection vasculaire diminue peu à peu. Le larmoiement et la photophobie diminuent également. Mais le fond de l'ulcère reste

stationnaire ; ses bords sont très longtemps à s'arrondir et à s'affaisser, et son fond à se combler. Quelquefois même l'ulcère reste sur la cornée sous forme de ciselure indélébile qui devient la cause de récidives fréquentes.

Quatrième variété. Elle est le résultat d'abcès profonds. Ces ulcères sont de forme irrégulière et peu transparents; ils occupent une grande profondeur de la cornée, et la traversent même souvent. C'est alors qu'on voit surgir de leur fond une petite saillie brunâtre, qui dépasse au bout d'un certain temps le niveau de l'ulcération. C'est une hernie de la membrane de l'humeur aqueuse, qu'il ne faut pas confondre avec la hernie de l'iris. L'ulcère de la troisième variété ou *bothrion* traverse aussi quelquefois la cornée de part en part, et donne également lieu à la hernie de la membrane de l'humeur aqueuse.

Cinquième variété. Elle porte le nom d'*ulcère brûlant*, d'*épicauma*, d'*abrasion*. Ce n'est souvent, au début de la maladie, qu'une simple excoriation des lames superficielles de la cornée. L'ulcération s'étend promptement de la grande circonférence vers la pupille, sans augmenter de profondeur, et souvent même en diminuant ; elle envahit ainsi le quart, le tiers ou la moitié de la cornée, et même davantage. Elle siège plus souvent à la moitié supérieure qu'à la moitié inférieure de cette membrane. Si cette ulcération dure pendant un certain temps, la cornée s'altère plus profondément, se creuse dans divers points plus que dans d'autres, et il en résulte des facettes plus ou moins nombreuses qui couvrent toute l'ulcération. Il n'y a dans cette variété aucune vascularisation; la douleur qu'elle cause est brûlante, mais superficielle, ce qui justifie le nom d'ulcère brûlant qui lui avait été donné par les anciens : il y a photophobie et larmoiement. La conjonctive est ordinairement rouge dans une grande partie de son étendue. Cette variété d'ulcère de la cornée est très tenace. La

tache qui en résulte est ordinairement peu marquée, diminue à la longue et disparaît quelquefois entièrement sans laisser de traces sensibles.

Sixième variété. C'est celle que j'ai nommée en coup d'ongle. Elle siége dans les mêmes régions que l'*onyx*, c'est à dire près de la grande circonférence de la cornée; quelquefois cependant on l'observe sur d'autres points. Les hommes, et surtout les hommes adultes, en sont plus souvent affectés que les femmes et que les enfants. *M. Lawrence* la regarde chez les adultes comme un symptôme de l'ophthalmie vénérienne. Je l'ai observée nombre de fois chez des individus qui ne présentaient absolument aucune trace de syphilis.

Quand elle siége près de la grande circonférence de la cornée, la conjonctive qui forme la lèvre externe de l'ulcération semble avoir été coupée à pic. Cette conjonctive est d'un rouge livide, et épaissie dans une certaine étendue qui correspond à l'ulcère. L'autre lèvre de ce dernier est taillée en biseau plus oblique, et conserve une certaine transparence pendant les premiers temps. Bientôt l'ulcération est entourée d'une vascularisation très fine : celle-ci s'étend aussi dans son fond. En continuant ses progrès, la rainure ulcéreuse s'étend sous la forme d'arc de cercle, et gagne en profondeur. Il existe quelquefois plusieurs ulcérations de ce genre, qui se touchent par leurs extrémités, se confondent de manière à former une rainure ulcéreuse circulaire et isoler la cornée tout entière; cette rainure est tantôt très profonde, tantôt très superficielle. Dans ce dernier cas elle est quelquefois cachée sous la conjonctive, enflammée et épaissie sur le point qui correspond à l'ulcération de la cornée. Dans ce genre d'ulcération en coup d'ongle, la photophobie et le larmoiement sont très intenses. Les végétations de la cornée succèdent souvent à ces ulcérations.

Telles sont les six variétés distinctes que j'admets dans

les ulcérations de la cornée. Il y serait possible, à la rigueur, d'y joindre encore une dernière espèce : l'*encauma* ou ulcère putride ou sordide, qui provient du ramollissement, de la gangrène; de la fonte purulente ou du cancer de l'œil et de la cornée; mais cet ulcère appartient à un autre genre de maladie dont nous n'avons pas à traiter ici.

Traitement des ulcères de la cornée. Dans certains cas, les ulcères de la cornée disparaissent seuls sans médication spéciale, ou sous l'influence du traitement que l'on dirige contre l'ophthalmie dont ils sont si souvent le symptôme; mais dans d'autres circonstances, et celles-ci sont même les plus communes, ces ulcères persistent et exigent un traitement approprié à chaque variété.

Dans la première variété la maladie cède assez facilement à l'action des topiques astringents; des collyres au sulfate de zinc, au nitrate d'argent, à la poudre de calomel, de tuthie, etc. Si ces moyens sont insuffisants, on doit avoir recours à l'excision ou à la cautérisation des vaisseaux, suivant la méthode que j'indiquerai tout à l'heure.

Dans la seconde variété on doit avoir recours au même traitement. On évitera les collyres préparés avec les sels de plomb ou les collyres secs, car l'expérience a prouvé qu'il se fixait quelquefois des parcelles de ces collyres dans le fond des ulcérations; ce qui en rendait la cicatrisation plus longue, plus difficile, et les taches qui en résultent plus opaques. La cautérisation du fond de l'ulcère avec le crayon de nitrate d'argent taillé en pointe amène souvent en peu de temps une amélioration notable.

Dans la troisième variété (*Bothrion, encavure, argemon*), c'est après l'emploi des topiques astringents à la cautérisation avec le nitrate d'argent qu'il faut avoir recours. La section des vaisseaux est inutile parce que ceux qui alimentent l'ulcération ne viennent pas de la conjonctive, mais bien du plan profond et par conséquent de la sclérotique.

La cautérisation se pratique de la manière suivante. Le crayon de nitrate d'argent est bien taillé en cône et arrondi à son sommet. Les paupières étant écartées et l'œil étant bien fixe, on touche avec cette pointe du caustique, jusqu'à ce que toute la surface ulcérée soit devenue blanche. Avant de laisser les paupières se rapprocher, on instille dans l'œil un liquide émollient quelconque, de l'eau de guimauve, du lait, afin que l'ulcération seule subisse l'action du caustique. La douleur violente que le malade ressent ne tarde pas à diminuer et à se calmer au bout de quelques heures. Elle reprend souvent avec une nouvelle violence quand l'escarre qui a été produite par le caustique est tombé, ce qui arrive au troisième ou quatrième jour; l'ulcère représente alors une plaie vive: on a recours à une nouvelle cautérisation, mais plus légère que la première. On renouvelle deux ou trois fois cette opération. Ordinairement l'ulcère se trouve alors assez modifié, sa vitalité est changée et on le laisse se cicatriser.

La quatrième variété d'ulcère de la cornée est, comme vous le savez, le résultat ordinaire des abcès de la cornée. Elle résiste ordinairement aux collyres astringents. Il vaut mieux avoir recours aux émollients et aux émissions sanguines locales ou générales pour calmer l'inflammation vive qui les accompagne. Le sulfate de zinc à petites doses (un grain par once) peut être utile. Le vésicatoire sur les paupières, employé suivant la méthode que je vous ai indiquée, les frictions mercurielles autour de l'orbite sont de bons moyens à mettre en usage. Enfin on a recours à la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, quand les couches profondes de la cornée tendent à proéminer ou à faire relief dans le fond de l'ulcère.

La cinquième variété (*Epicauma*, *ulcère brûlant*, *etc.*) se trouve bien de l'emploi des topiques astringents au sulfate de zinc, au sublimé, au calomel, etc., etc.; mais la cau-

térisation réussit généralement mal, *Scarpa* l'avait déjà remarqué.

La sixième variété présente la même indication que la cinquième. J'ai recours dans cette variété au même traitement que dans la précédente. Comme la cautérisation lui nuit plus qu'elle ne l'améliore, j'ai recours surtout au vésicatoire sur les paupières et aux frictions mercurielles autour de l'orbite.

L'excision des vaisseaux qui alimentent les ulcères de la cornée est un moyen très avantageux dans certaines de ces variétés d'ulcères. Elle est tout à fait inutile dans d'autres. Ainsi quand il y a ulcération superficielle avec vascularisation de la conjonctive, on y a recours avec avantage. Après cette excision on voit l'ulcère disparaître promptement. Quand c'est le plan des vaisseaux profonds qui alimente l'ulcération, l'excision des vaisseaux de la conjonctive est tout à fait inutile. S'il est vrai que les vaisseaux alimentent souvent les ulcérations quand ils sont très volumineux, il est certain aussi que les ulcérations en sont souvent la cause et non le résultat, et que, lorsqu'ils sont éteints, les vaisseaux disparaissent promptement.

J'ajouterai, pour ce qui concerne la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, que ce moyen réussit principalement contre les ulcérations à fond transparent; mais cependant il peut être employé avec avantage contre d'autres variétés et surtout contre celles qui, après avoir eu un fond transparent ou non dans le principe, sont très profondes et tendent à pénétrer dans la chambre antérieure.

La cicatrisation des ulcères de la cornée est presque toujours, comme je vous l'ai dit, accompagnée et suivie de taches, d'*albugo*, de *leucoma*, dont nous parlerons bientôt. On a conseillé pour les prévenir de racler la surface des ulcérations. C'est un moyen qui ne me semble pouvoir fournir aucun résultat heureux, et qui peut-être même ne serait pas sans de graves inconvénients, il pour-

rait tout au plus être de quelque utilité dans les ulcères chargés de matière plastique.

Fistules de la cornée. Les fistules de la cornée sont des ouvertures faites à cette membrane par suite des progrès d'ulcérations qui ont traversé toute son épaisseur. Ces perforations ne méritent pas le nom de fistules, car elles ne tardent pas à être fermées soit par l'iris, soit par le cristallin, etc... Il y a cependant quelques perforations de la cornée qui restant ouvertes pendant un certain temps, et donnant issue aux humeurs de l'œil, peuvent être considérées comme des fistules. J'ai observé une fistule de cette espèce après la perforation de la cornée par suite d'inanition. J'en ai vu deux autres chez des enfants à la suite d'une fonte purulente très circonscrite de la cornée. Le trou correspondant au centre de la pupille ne pût être fermé par l'iris, et donna issue à l'humeur aqueuse pendant trois semaines chez l'un, et douze à quinze jours seulement chez les deux autres. En 1834, j'en ai observé trois autres exemples.

Le traitement de ces perforations ou fistules est absolument le même que celui des ulcères profonds. Dans ces perforations ulcéreuses de la cornée, il faut, pour prévenir la hernie de l'iris à travers elles, et empêcher que cette membrane ne contracte des adhérences morbides, tenir la pupille dilatée par l'emploi des préparations de belladone données soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, suivant la méthode que nous indiquerons plus tard en traitant de l'iritis. A la suite de ces perforations de la cornée par suite d'ulcères, il survient quelquefois diverses espèces de tumeurs qui appartiennent au genre de maladies qu'on nomme *kératocèle*. Une de ces tumeurs décrite par *M. Weller* et par *M. Wardrops* est formée, suivant ces auteurs, par la membrane de l'humeur aqueuse faisant hernie à travers l'ulcère, comme la tunique interne des artères à travers les tuniques externe et moyenne dans ce qu'on a nommé anévrysme

mixte interne. Il ne faut pas confondre cette maladie avec une hernie de l'iris. On la traite comme les ulcères profonds de la cornée. Il faut surtout pratiquer avec soin la cautérisation du petit relief que fait la membrane de l'humeur aqueuse au fond de l'ulcère.

Il y a une autre variété de kératocèle provenant de l'ulcération de la cornée. Elle a été décrite par *M. Juncken*. Elle s'effectue suivant cet auteur, par un mécanisme analogue à celui de l'anévrysme mixte externe, c'est à dire que la cornée, détruite dans ses lames profondes, cède et se dilate dans ses lames superficielles qui sont plus ou moins affaiblies. Cette maladie fort rare, d'ailleurs, et que je n'ai point observée, n'est susceptible que des médications générales ou indirectes.

Taches de la cornée. Les taches de la cornée, suite de la kératite aiguë ou chronique sont connues dans le monde sous le nom générique de *taies*. Il y en a de trois sortes que l'on désigne sous les noms de *néphélion, albugo* et *leucoma*.

Le *néphélion* a son siége dans la couche superficielle de la cornée, il est constitué par des plaques blanchâtres légères, semblables à de la fumée ou à un nuage peu épais. La cornée est encore transparente dans le point qui est le siége du néphélion. Les malades voient les objets comme à travers un brouillard, car malheureusement le siége de prédilection de cette espèce de tache est le centre de la cornée vis à vis la pupille. *Scarpa* prétend que le néphélion est toujours accompagné d'un faisceau vasculaire qui vient de la conjonctive. Je crois qu'il est dans l'erreur à cet égard, et qu'il a confondu le néphélion avec les ulcères superficiels de la cornée. Pour ma part je ne l'ai jamais observé.

L'*albugo* siége dans les lames moyennes de la cornée. Ici il y a opacité complète, les rayons lumineux ne traversent plus la tache comme ils pouvaient le faire encore dans le *nephélion*. Heureusement que l'albugo n'a pas comme le

néphélion le centre de la cornée pour siége de prédilection; il occupe indifféremment tous les points ou la kératite, les ulcères et les abcès ont pu siéger.

Le *leucoma* occupe toute l'épaisseur de la cornée. Cette tache, résultat ordinaire des cicatrices, d'une suppuration prolongée de la cornée, est très consistante, elle est brillante et nacrée ou terne : la cornée est évidemment épaissie dans le point où elle siége ; elle est d'une dureté considérable. Elle est plus difficile à inciser que dans l'état sain et plus exposée aussi à la fonte purulente, quand elle devient le siége d'une lésion traumatique quelconque. Les inégalités de la surface, les germes d'irritation qui s'y maintiennent assez souvent, font qu'il n'est pas rare d'en voir partir un assez grand nombre de vaisseaux qui rampent presque toujours dans l'épaisseur de la cornée et vont s'anastomoser avec ceux du plan profond dont je vous ai déjà parlé dans la description de la kératite. Il est inutile de dire que dans ce genre de taches les rayons lumineux ne peuvent traverser la cornée et que la vision est impossible si elles occupent toute la cornée ou le centre de cette membrane.

Il y a un autre genre de taches de la cornée qui provient de la dessication des abcès situés entre les lames moyennes de cette membrane. Ces taches sont jaunes et ternes et souvent ponctuées, surtout quand la suppuration a duré longtemps sans perforation de la cornée. Celles qui résultent d'épanchements sanguins dans ces mêmes points sont d'un jaune rouillé.

L'anneau sénile ou arc sénile dont je vous ai déjà parlé est bien une tache de la cornée, mais elle ne gêne en rien la vision. Nous n'avons pas besoin d'en parler ici, ce que nous en avons dit suffit : il n'y a aucun traitement à lui opposer.

Traitement des taches de la cornée. On a vanté un grand nombre de médicaments pour guérir les taches de la cor-

née, et on a cité des observations de succès obtenus par chacun d'eux. Il faut avouer cependant que la guérison de ces taches est extrêmement difficile, que, dans la grande majorité des cas, elles sont indélébiles, et qu'il n'y a absolument rien à faire contre elles. Il faut cependant distinguer les espèces auxquelles on a affaire. On ne peut guère espérer guérir l'albugo, et encore moins le leucoma; mais les taches légères récentes, les *néphélions*, par exemple, pourront se guérir et ne pas laisser de traces. On pourra au moins beaucoup les diminuer. On a vanté contre elles tous les collyres liquides et secs que nous avons déja indiqués nombre de fois dans le traitement de la kératite, les poudres de calomel et de tuthie, le sucre candi, le sous-nitrate de bismuth réduit en poudre impalpable, la cautérisation légère avec le crayon de nitrate d'argent, le laudanum, l'extrait d'opium, l'alun en poudre mêlé au sucre (1). Le laudanum est assez bon quand il n'y a pas d'inflammation. Je me suis bien trouvé de l'emploi de sous-nitrate de bismuth (2). L'huile de noix, l'huile de foie de morue dont on instille quelques gouttes dans l'œil tous les jours pendant un certain temps ont été préconisées aussi contre les taches de la cornée. M. *Carron de Villards* a rappelé nouvellement l'attention sur cette huile de morue. Je doute qu'on ait guéri avec elle ainsi qu'avec l'huile de noix autre chose que des néphélions ; cependant c'est à essayer (3).

(1) Le sulfate de quinine, le verre porphyrisé, la poudre de tabac, le vin stibié, le fiel de bœuf, le galvanisme, l'électro-puncture, etc., l'huile de ver terrestre, les extraits de cigue, de chélidoine, le borax, le suc de grillon domestique écrasé, enfin les remèdes les plus singuliers ont été conseillés contre ces taches de la cornée.

(2) On a vanté aussi les vapeurs aromatiques de café dirigées sur l'œil, celles avec addition de camphre, les douches d'eau minérale sur les paupières, les douches d'eau de mer, les douches émollientes sur l'œil même avec une seringue.

(3) On peut voir dans l'ouvrage de M. Carron du Villards trois observations de taies fort anciennes guéries par l'huile de foie de morue ; l'une d'elles datait de trente-cinq ans. T. II, p. 135 et suiv.

On a conseillé l'excision des vaisseaux qui correspondent aux taches. Les uns vantent ce moyen comme très bon, d'autres le regardent comme inutile. Il faut encore savoir ici distinguer les cas pour employer ce moyen; car on s'est, je crois, abusé sur sa valeur. On ne doit point y avoir recours quand ce sont les vaisseaux du plan profond ou de la sclérotique qui entretiennent les taches ; mais quand ce sont ceux de la conjonctive et qu'ils offrent un développement considérable, leur excision peut amener des résultats avantageux; car on obtient promptement ainsi, la disparition des taches étendues et qu'on aurait pu croire indélébiles. Dans le cas contraire, cette excision ne produit aucun effet (1). C'est très certainement dans le cas de taches entretenues par les vaisseaux venant de la conjonctive que Scarpa et autres ont eu les succès qu'ils ont rapportés.

On a conseillé encore bien d'autres médications plus ou moins extraordinaires contre les taches de la cornée, comme de les traverser avec un séton très fin quand elles sont très épaisses. *Pellier* et M. *Delarue* ont proposé ce moyen, *Weller* le croit bon. Je n'en serais guère partisan; car si le séton peut favoriser l'absorption d'une partie de la matière dont la cornée est infiltrée, il peut aussi faire naître des inflammations et favoriser le développement de taches nouvelles sur les points encore transparents de cette membrane.

Je vous dirai la même chose de l'excision de l'usure des taches, et de leurs scarifications. Vous le concevrez faci-

(1) Dans le cas de taches alimentées par les vaisseaux profonds, l'excision des vaisseaux venant de la conjonctive étant inutile, M. Riberi conseille l'incision de la cornée comme pour l'opération de la cataracte par extraction. La cornée est incisée seulement du côté où existe la vascularité; dans le cas où la vascularité est générale, on opère d'un côté d'abord, et puis quelque temps après de l'autre. M. Riberi dit avoir pratiqué plusieurs fois cette opération avec succès.

lement; car on ne pourrait les enlever en les raclant ou en les coupant, qu'en établissant une plaie et un nouvel ulcère à leur place, et comme la cicatrisation d'une plaie ou d'un ulcère de la cornée ne peut se faire qu'en laissant une tache, on se trouverait dans la même situation qu'avant l'opération.

On a encore proposé d'extirper une portion de la cornée devenue opaque pour rétablir la vision. *M. Dieffenbach* a, dit-on obtenu un succès complet à l'aide de ce moyen. On circonscrit ce lambeau opaque par deux incisions semi-elliptiques, puis on réunit les lèvres de la plaie à l'aide de points de suture très fins. On a été plus loin encore, car on a conseillé de remplacer la cornée opaque d'un homme par une cornée saine prise sur un animal vivant. C'est *Pellier* qui a imaginé cette méthode; je crois que c'est une absurdité, et si j'avais fait une opération semblable et que j'eusse réussi, je ne saurais vraiment qu'en penser. Je crois qu'elle ne peut offrir la moindre chance de succès (1).

§ V. Iritis.

De tout temps les auteurs se sont occupés de l'inflammation de l'iris, mais ce n'est guère que depuis le commencement de ce siècle qu'on a donné une description exacte ou assez exacte au moins de cette maladie. Toutefois vous remarquerez avec étonnement sans doute que les auteurs classiques que vous avez entre les mains (2) la passent généralement sous silence, se bornent à la noter ou la con-

(1) On a aussi proposé, dans le cas de leucoma général, d'exciser la cornée circulairement et de la remplacer par une cornée en verre ou une écaille fine et très transparente, ayant de petits trous à la circonférence, pour être cousue sur le cercle antérieur de la sclérotique aussitôt que la cornée, devenue opaque, aura été enlevée. C'est très sérieusement que Pellier a décrit plusieurs procédés pour cela.

(2) Boyer, entre autres, ne traite pas de l'iritis.

fondent avec les autres variétés de l'inflammation de l'œil. C'est à l'Allemagne et à l'Angleterre que nous devons les premiers efforts tentés pour isoler cette maladie des autres inflammations qui affectent l'organe de la vision; *Beer*, en effet, publia le premier un travail sur l'iritis en 1799. *Schmidt* en Angleterre l'a décrite avec soin en 1801; depuis lui, on s'en est encore beaucoup occupé dans ce pays, et parmi les travaux publiés sur ce sujet, nous remarquerons surtout ceux de *Ware*, de *Saunders*, de *M. Travers*, etc.

La France n'est pas restée tout à fait étrangère à l'étude de cette maladie, car *M. Guillié, M. Muller*, ont traité de l'iritis le premier dans le grand dictionnaire des *Sciences médicales*, le second dans la Bibliothèque ophthalmologique, en 1820. En 1823, *M. Gillet de Grammont* l'a fort bien décrite dans sa thèse inaugurale; *Demours* en a aussi parlé dans son précis des maladies des yeux, et *M. Larrey* l'a également observée et décrite, mais ce dernier la regarde comme toujours liée à une affection syphilitique, ce qui est évidemment une erreur.

Les auteurs allemands et anglais se sont principalement efforcés d'isoler l'iritis, de le séparer complètement des autres inflammations de l'œil, et de la décrire en quelque sorte dans toute sa pureté. Ils ont sans doute rendu, à cet égard, un véritable service à la science; mais ils ont peut être aussi été un peu trop loin, car il arrive rarement que l'iris soit enflammé sans que d'autres parties de l'œil ne le soient en même temps, et je crois pour ma part qu'en cherchant à isoler trop complètement cette maladie, les chirurgiens anglais et allemands ont confondu sous le nom d'iritis plusieurs inflammations qui n'appartiennent point à cette membrane. Aussi vous remarquerez en parcourant les auteurs que la fréquence de cette maladie n'est pas la même pour tous. Cela vient comme je vous l'ai dit de ce qu'ils

rapportent à l'iritis des symptômes qui appartiennent à d'autres inflammations, à celle de la choroïde, de la rétine, du corps vitré, de la capsule du cristallin, du cristallin lui-même, en un mot de toutes les couches superposées qui peuvent être enflammées en même temps que l'iris. Il faut pour être exact tenir compte de toutes ces complications. Sans doute dans l'état actuel de la science, cela est fort difficile, peut être même cela est-il impossible. Il reste donc beaucoup à faire au sujet de l'iritis et je ne saurais trop vous engager à étudier ce point de la pathologie oculaire. Quant à moi, ayant observé souvent cette maladie, je crois, sans avoir la prétention d'éclaircir complètement cette question si obscure, pouvoir vous être utile en vous la décrivant ici d'après mes propres recherches.

Les auteurs allemands, anglais et autres qui ont traité de l'iritis, en ont multiplié à l'excès, les espèces et les variétés. C'est ainsi que nous voyons l'iritis aiguë, chronique, diffuse, partielle, subaiguë, séreuse, parenchymateuse, uvéale, psorique, plicosique, mercurielle, séroso-mercurielle, rhumatismale, séroso-rhumatismale, scrofuleuse, syphilitique, arthritique, scorbutique, pléthorique, congestionnelle, veineuse, laiteuse, nerveuse, typhoïde, etc., etc. Il y a véritablement de quoi être effrayé en parcourant cette nomenclature.

Presque toutes ces espèces qui sont peut-être au nombre de 50, sont de véritables inventions de l'esprit; et les idées que l'école allemande cherche à répandre à ce sujet, ne peuvent que produire de la confusion et nous engager dans un dédale inextricable. Nous parlerons du reste plus en détail de ces idées quand nous traiterons des ophthalmies spécifiques. Sans doute on conçoit qu'une inflammation puisse débuter par l'iris tout aussi bien que par toute autre membrane de l'œil, que cette inflammation ne doive présenter là les mêmes espèces, les mêmes variétés que partout ailleurs ; nulle doute en conséquence qu'il ne puisse y avoir

une iritis aiguë et une iritis chronique, une iritis générale, et une iritis partielle, que ces inflammations ne puissent avoir leur point de départ, tantôt dans la face antérieure, tantôt dans la face postérieure, tantôt dans le tissu même de l'iris, qu'elles ne soient quelquefois primitives, d'autres fois secondaires, et que toutes les influences, soit de constitution, soit de spécificité dans les causes, soit purement individuelles, ne jouent un rôle important dans l'iritis. Mais il ne s'ensuit pas qu'il faille en faire pour cela autant de descriptions isolées, autant de maladies spéciales.

L'iritis se présente à l'état aigu et à l'état chronique.

1° *Iritis aiguë.*

Il ne répugne point à l'esprit d'admettre que l'iritis aiguë puisse débuter tantôt par sa face antérieure, tantôt par sa face postérieure, et même par son parenchyme ou son tissu propre. Ce serait donc trois nuances principales à admettre dans l'iritis; mais il serait bien difficile, dans l'état actuel de la science, de déterminer l'importance relative de chacune de ces nuances. D'ailleurs, est-il possible de supposer que la maladie puisse exister isolée pendant un certain temps dans chacune de ces portions? Cet état d'isolement peut-il être admis dans une membrane aussi mince? Je ne m'arrêterai donc point à déterminer les symptômes qui appartiennent à chacune d'elles.

L'iritis aiguë donne naissance à des symptômes beaucoup plus nombreux et plus difficiles à apprécier que ceux de la kératite et des autres ophthalmies.

On peut former deux groupes principaux des symptômes de l'iritis : les uns sont anatomiques, les autres sont physiologiques ou fonctionnels.

Les symptômes anatomiques sont fondés sur la disposition de la pupille, le diamètre, la forme de cette ouverture, sur l'aspect de l'iris, son épaisseur, sa couleur, ses inégali-

tés, etc., etc. Après les symptômes anatomiques, qui appartiennent à l'organe malade, viennent ceux qui consistent dans les changements qui s'opèrent dans les organes voisins, dans la cornée, la sclérotique, les humeurs de l'œil. Les symptômes physiologiques ou fonctionnels se rapportent à la manière dont la vision s'effectue.

L'iritis aiguë présente trois degrés ou périodes. Dans le premier degré, qui dure deux ou trois jours, on observe un resserrement léger de la pupille, accompagné d'une diminution notable dans sa mobilité ; mais les formes de cette ouverture restent les mêmes : elles ne subissent aucune altération. Cet état peut être facilement remarqué quand un seul œil est malade. Dans ce cas, on le compare à l'autre, et ces différences sont de suite constatées. Quand les deux yeux sont affectés en même temps, les caractères anatomiques de la maladie deviennent plus difficiles à apprécier. Dans tous les cas, la pupille reste nette et sans aucun changement de couleur ; la vision n'est pas troublée. Chez quelques sujets le devant de l'iris semble plus lisse et en quelque sorte plus humide que dans l'état naturel ; tout le devant de l'œil lui-même offre un aspect brillant et comme baigné de larmes : ce poli, ce brillant de la face antérieure de l'iris indique que la phlegmasie porte non seulement sur la séreuse qui tapisse la face antérieure de l'iris, mais aussi sur le feuillet profond de la cornée.

Ces deux feuillets se continuant sans ligne de démarcation, il est à peu près impossible que l'inflammation diffuse s'empare de l'une sans atteindre bientôt l'autre. C'est à cette nuance de l'inflammation qu'il faut rapporter l'iritis sub-aiguë de *M. Fabini*, inflammation caractérisée surtout par une hypersécrétion de l'humeur aqueuse, et qui, en refoulant l'iris en arrière, amène une synéchie postérieure sans adhérences. Dans ce cas, la cornée paraît plus bombée, elle se trouble en arrière, elle donne à l'humeur aqueuse

une teinte verdâtre manifeste, et quelquefois un aspect pointillé; la conjonctive n'est ni épaissie ni injectée; la sclérotique offre, vis-à-vis du cercle ciliaire et un peu en arrière, un anneau rouge formé de vaisseaux parallèles et très fins. Si la maladie n'est pas arrêtée, la pupille se resserre bientôt et devient tout à fait immobile : l'emploi alternatif de la lumière et de l'obscurité, celui de la belladone elle-même, ne peuvent rien contre cette immobilité; la totalité de l'iris semble s'incliner en avant, d'autres fois c'est en arrière; sa petite circonférence présente une sorte de velouté. La pupille finit par s'obscurcir, et semble contenir une sorte de fumée ou de nuage léger. L'iris change bientôt de couleur; d'abord c'est à la petite circonférence qu'on observe ce changement qui s'effectue peu à peu dans toute l'étendue de cette membrane. L'anneau pupillaire prend une teinte qui varie suivant la coloration naturelle de l'iris de chaque individu : chez ceux qui ont l'iris bleu ou d'une autre couleur très claire, il devient jaunâtre ou verdâtre, ou jaune de Sienne; les iris d'un bleu très prononcé deviennent d'un vert brillant; les iris bruns prennent une couleur rouge ou briquetée; les iris gris deviennent ternes; les iris bruns deviennent orangés ou rougeâtres. Ces teintes, qui avaient commencé près de l'anneau pupillaire, se montrent bientôt près de la grande circonférence : deux zones existent alors, celle de la petite et de la grande circonférence; entre elles on remarque un réseau vasculaire qui se porte de l'une à l'autre sous forme de rayons concentriques croisés par quelques capillaires transverses ou obliques, réseau qui, en s'injectant de plus en plus, finit par prendre l'aspect d'une couronne rouge. Il ne faut pas prendre trop à la lettre tout ce que l'on a dit sur les variétés de coloration, brune, jaune, verte, violette, etc., qui ont été admises comme signes distinctifs de l'iritis. Quand l'iris est enflammé, ce n'est pas seulement du sang qui stagne dans ses vaisseaux : divers élé-

ments de ce fluide s'y dénaturent bientôt en se combinant ou entre eux, ou avec le tissu propre de la membrane; de là ces opacités, ces stries, ces teintes diverses qui font varier à l'infini les colorations de l'iris. Le contour de la pupille, par exemple, revêt des teintes fort différentes chez des individus dont la couleur naturelle de l'iris était semblable dans l'état sain. L'iris s'épaissit, sa face antérieure devient villeuse, les petits sillons qu'elle présente dans l'état naturel disparaissent, elle se couvre de taches. Lorsque les choses sont parvenues à cet état, il y a trouble dans la vision. La douleur existe aussi : elle donne l'idée d'une forte compression; il y a sentiment de distension, de battements dans l'orbite; le front et la tempe sont douloureux, il y a en même temps photophobie et larmoiement. Ces deux phénomènes ne sont sans doute pas aussi marqués que dans quelques autres affections de l'œil, et surtout dans la kératite ulcéreuse, mais ils n'en existent pas moins cependant. La vue, comme nous l'avons dit, est troublée, soit parce qu'il s'établit un brouillard plus ou moins fort sur la cornée, ou dans l'humeur aqueuse, le cristallin ou le corps vitré; soit parce que la rétine elle-même participe plus ou moins à l'inflammation de l'iris.

L'iritis est rarement accompagnée de symptômes généraux, de fièvre, de réaction, etc. Quelquefois cependant ces symptômes se manifestent et sont en rapport avec l'intensité de ceux de l'inflammation locale. Si l'inflammation s'est bornée à la face uvéale de l'iris, les douleurs sont aiguës et ont souvent le caractère intermittent ou névralgique. Dans cette nuance de l'iritis, la coloration de l'iris change moins rapidement, mais la pupille s'obscurcit plus vite. Nous avons déjà dit plus haut que dans cette nuance on observait souvent une synéchie antérieure.

Le second degré de l'iritis aiguë s'annonce par l'exacerbation de tous les symptômes, que nous venons d'énumérer; mais c'est surtout dans cette période qu'on a noté les

changements de forme qui s'opèrent dans la pupille, changements sur lesquels les ophthalmologistes allemands se fondent surtout pour établir des divisions dans la classe des ophthalmies spécifiques. Cette ouverture devient irrégulière, frangée, inégale; le fond de l'œil se trouble, se couvre de petits filaments, de flocons, de lymphe plastique, sous forme de nuages, de plaques, de réseau, de points isolés. C'est alors qu'on observe tantôt l'inclinaison en avant, tantôt l'inclinaison en arrière de l'iris. C'est ce qu'on désigne sous le nom de *synéchie*. La petite circonférence de l'iris d'abord rouge et plus épaisse devient d'un jaune plus ou moins pâle. L'iris se couvre de taches rouges, jaunes ou brunes; ces taches couvrent le réseau dont nous avons parlé dans la description du premier degré: cette membrane devient de plus en plus terne et villeuse, et semble se couvrir d'ecchymoses. Les villosités, les flocons, les espèces de végétations, qu'on remarque sur l'iris enflammé, sont dus, suivant quelques auteurs, à des expansions vasculaires agglomérées, à de petits renflements du tissu de l'iris. Je crois, pour ma part, que le velouté du devant de l'iris est dû à de la matière plastique et à la raréfaction inflammatoire du tissu cellulo-vasculaire qui compose la membrane. Il en est de même des franges et des flocons du contour pupillaire. L'humeur aqueuse se trouble, et la cornée se couvre de petits points blancs dans ses lames les plus profondes. Il y a en même temps dans le plus grand nombre des cas une conjonctivite plus ou moins intense. L'anneau sclérotidien se prononce plus que dans le premier degré. Ses caractères varient d'ailleurs : tantôt il s'étend jusqu'à la cornée transparente, et paraît même envahir les couches les plus superficielles de cette membrane; tantôt il s'arrête à son union même avec la sclérotique. Mais quelquefois il laisse entre la cornée et cette dernière membrane un intervalle d'une ligne, ou d'une demi-ligne, ou d'un quart de ligne, intervalle qui se

trouve rempli par un autre anneau ou cercle d'un gris brunâtre. Je vous ai déjà parlé de l'anneau sclérotidien à l'occasion de la kératite. Il ne manque jamais ou presque jamais dans l'iritis. Aussi je le regarde comme un symptôme appartenant tantôt à l'une, tantôt à l'autre de ces maladies. L'anneau sclérotidien m'a semblé s'avancer sur la cornée, quand l'uvée était épaissie, et s'arrêter en arrière à quelque distance où à son niveau, quand il y avait augmentation du volume du corps vitré et de l'appareil cristalloïde. Dans ce degré de l'iritis, il y a douleur plus vive que dans le premier ; le sentiment de distension est plus fort, les douleurs de la tempe et du front, de l'orbite et des environs de cette cavité, sont aussi plus marquées. Mais le larmoiement et la photophobie sont quelquefois moins intenses. Souvent aussi la réaction cérébrale est considérable ; il y a même quelquefois nausée, délire, vomissements.

Le troisième degré se caractérise par un trouble plus notable encore de la vision que dans les degrés précédents. La déformation de la pupille augmente, et elle va quelquefois jusqu'à une oblitération complète de cette ouverture. D'autres fois elle devient seulement de plus en plus irrégulière ; des filaments, des espèces de franges, partent de sa circonférence et se portent les uns vers les autres ou en arrière, et donnent à l'anneau pupillaire les formes les plus différentes ; elle est rhomboïdale, ovalaire, losangique, elliptique, polygone, carrée, en feuille de trèfle ; elle revêt enfin toutes les formes possibles. Elle se remplit souvent de matière plastique, ayant l'aspect de fausses membranes, de lames, de grumeaux blanchâtres, qui peuvent constituer ce que l'on nomme de *fausses cataractes*. Le pourtour de la pupille pâlit et semble se remplir de matière plastique concrétée. D'autres fois c'est du sang qui s'épanche dans le tissu propre de l'iris et y forme de véritables dépôts. J'en ai vu qui avaient près de deux lignes de dia-

mètre, mais ordinairement ils sont de la grosseur d'un grain de millet. D'autres fois c'est du pus, de véritables abcès, qui se forment dans l'iris. On voit ces abcès dans divers points de cette membrane, tantôt près de la grande circonférence, d'autres fois près de la pupille, ou bien dans le plein de l'iris. Ils sont uniques ou multiples; j'en ai vu une fois jusqu'à cinq. Quant à l'anneau scléroti-dien, il est ordinairement plus marqué que dans le second degré. Il est vrai que l'iritis au troisième degré est très souvent compliquée de kératite et de conjonctivite. L'humeur aqueuse et la cornée présentent des changements notables dans leur transparence. Les adhérences très fréquentes que l'iris contracte avec les parties situées derrière et principalement avec la capsule du cristallin amènent souvent la synéchie postérieure, l'oblitération complète ou incomplète de la pupille. Les synéchies antérieures ou postérieures sont produites souvent par l'exhalation plus abondante de l'humeur aqueuse soit dans la chambre antérieure, soit dans la chambre postérieure. On conçoit très aisément que la vision est fortement altérée et très souvent abolie complètement dans ce degré de l'iritis.

Causes. Les causes de l'iritis sont toutes celles de la kératite, des blépharites et des autres ophthalmies dont il a été question. Mais on la voit surtout se développer à la suite de l'opération de la cataracte, de la pupille artificielle et des blessures de toute espèce de son tissu; elle est souvent la suite d'une kératite, surtout des kératites profondes et de toutes les autres inflammations des membranes de l'œil. La spécificité des causes a surtout été invoquée pour la production de l'iritis. Nous aurons occasion de parler de ces causes quand nous traiterons des ophthalmies spécifiques. On conçoit facilement du reste que l'iris, par sa structure anatomique, est disposée aux inflammations. Aucun tissu n'offre en effet une aussi forte proportion de vaisseaux artériels et veineux. La trame celluleuse qui

forme la membrane a une grande vitalité : en arrière elle reçoit un prolongement de la rétine et de la choroïde ; tout ce qu'il y a de plus excitable dans l'économie se retrouve dans cette membrane, ajoutons encore que sa position flottante au milieu de liquides y favorise naturellement les congestions. Ces dispositions anatomiques nous rendent bien compte de la fréquence de ses inflammations.

L'iritis se termine souvent par résolution. Alors la douleur et la chaleur de l'orbite diminuent, ainsi que la photophobie et la larmoiement. L'anneau sclérotidien pâlit, la conjonctivite, le trouble de l'humeur aqueuse et de la cornée transparente disparaissent. La tuméfaction et le velouté de l'iris se dissipent, et quand l'inflammation n'a pas été portée trop loin, la membrane reprend ses couleurs primitives. Les dépôts, soit sanguins, soit purulents, se resserrent, sont absorbés et il ne reste à leur place que de simples taches. Quelquefois ces dépôts s'ouvrent soit dans la chambre antérieure, soit dans la chambre postérieure, ce qui donne lieu à des hypopions ou à des hémophthalmies. Il peut même résulter de la déchirure de l'iris par ces dépôts, la formation d'une pupille accidentelle, comme le prouve l'observation d'un malade dont l'histoire a été rapportée en 1836 à la société de médecine pratique. Quand l'inflammation se termine par résolution, on voit l'anneau pupillaire reprendre peu à peu ses dimensions premières et sa mobilité ordinaire; les flocons albumineux qui l'embarrassaient sont résorbés, et la vision reprend sa netteté première. Mais cette terminaison heureuse n'est pas la plus commune; l'iritis se termine très souvent par la formation d'adhérences. Ces adhérences existent soit à la face antérieure, soit à la face postérieure de l'iris. Cette membrane, en s'unissant à la face postérieure de la cornée, donne naissance à ce qu'on nomme la *synéchie antérieure.* Dans ce genre d'adhérences, l'iris peut s'unir à tous les points concaves de la cornée. On les observe

néanmoins plutôt dans le voisinage de la sclérotique que vers le centre de l'iris. Ces adhérences antérieures ne peuvent point subsister sans difformité. On les reconnaît très aisément du reste en regardant la chambre antérieure par le côté.

Les adhérences postérieures de l'iris, qui constituent la synéchie postérieure, ont lieu avec la capsule du cristallin ou le contour antérieur du corps vitré. Ces adhérences sont dans ce cas d'un diagnostic tantôt très facile, d'autres fois assez obscur. Il y a quelquefois complication de cataracte ou d'amaurose. D'autres fois cet te complication n'existe pas, et cependant la pupille reste immobile et plus ou moins irrégulière. Si cette ouverture a conservé ses formes et ses dimensions ordinaires, on ne reconnaît les adhérences qu'avec beaucoup de peine. Ce n'est quelquefois qu'en regardant avec une bonne loupe et très attentivement au fond de l'œil, qu'on aperçoit de petites brides, de petits filaments qui vont de la pupille à l'appareil du cristallin, ou d'un point de la circonférence de l'iris à l'autre, en représentant une espèce de réseau. La belladone est dans ce cas d'une ressource précieuse. Sous son influence l'iris, en se dilatant dans tous ses points libres, reste fixe et immobile dans ceux où il existe des adhérences, et cela donne lieu à des irrégularités très marquées et fort diverses dans la pupille. Elle devient alors carrée, ovale, en losange, en feuille de trèfle, etc., etc. C'est alors qu'on voit très distinctement de petites pointes fixées sur la partie antérieure du cristallin; et qui vont se rendre de là à l'iris, à sa face postérieure, au pourtour de la pupille, et la tirent en arrière. Ces adhérences de l'iris, qu'elles soient antérieures, qu'elles soient postérieures, lors même qu'elles ne présentent aucune complication dans l'appareil cristalloïde ou dans la rétine, sont une cause permanente de trouble dans la vision. La pupille étant fort irrégulière et ne pouvant se

dilater que dans un sens, cette ouverture n'est plus centrale, elle est comme transportée du côté de la cornée, et la vision ne peut s'effectuer que d'une manière très incomplète. L'iritis se termine aussi par la formation d'une fausse cataracte, ou de membranules opaques au devant du cristallin. Lorsque la pupille a été très contractée pendant longtemps et que par la disparition de l'inflammation cette ouverture reprend sa mobilité ordinaire, il reste quelquefois sur le devant du cristallin une couronne pointillée et noirâtre que l'on a décrite sous le nom de *cataracte pigmenteuse*, Je pense que c'est de la matière plastique mêlée à un dépôt du pigmentum de l'uvée.

La coarctation de la pupille peut enfin aller jusqu'à l'entière oblitération de cette ouverture par suite de l'adhérence de ses bords entre eux, mais le plus souvent par l'interposition de flocons albumineux. L'iritis se termine par des duretés, des taches, des plaques, des espèces de végétations sur différents points de l'iris. En se dissipant elle fait place très souvent à l'inflammation de quelque autre partie de l'œil, à une kératite ou à une choroïdite, une rétinite ou à une cristalloïdite, enfin l'inflammation peut s'étendre au globe de l'œil tout entier, et déterminer l'inflammation phlegmoneuse ou de tout cet organe, en un mot l'ophthalmite.

Traitement. On a proposé un très grand nombre de moyens contre l'iritis. Ces moyens sont d'autant plus nombreux dans les auteurs, qu'ils avaient confondu cette maladie avec un grand nombre d'autres phlegmasies de l'œil.

On a conseillé les saignées générales et locales. Tous les praticiens sont d'accord à ce sujet. Toutefois les uns veulent d'abondantes saignées générales, en mettant quelques jours d'intervalle, entre chacune d'elles, d'autres au contraire veulent qu'elles soient multipliées et petites. Quelques praticiens préfèrent les saignées locales aux saignées

générales, et mettent des sangsues derrière les oreilles, aux tempes, et même à la face interne des paupières. Voici comme j'emploie les émissions sanguines. Je débute, à moins de contr'indications particulières, par une saignée du bras de deux à quatre palettes pendant plusieurs jours de suite, deux ou trois par exemple, je renouvelle cette saignée matin et soir, puis si le malade est robuste et l'inflammation violente, j'applique vingt ou trente sangsues aux tempes. Ces saignées coup sur coup, suivant la méthode de M. *Bouillaud*, m'ont réussi parfaitement bien dans les deux premiers degrés de l'iritis. Après avoir employé pendant quelques jours cette méthode, on ne revient à la saignée générale qu'à d'assez longs intervalles, et dans le cas de recrudescence des symptômes : Si le sujet que l'on a à traiter n'est pas fort, et que l'inflammation ne soit pas très violente, je m'en tiens à deux ou trois saignées générales de dix ou douze onces chacune, dans l'espace des quatre à six premiers jours. Quand la première période de l'inflammation de l'iris est passée, je fais usage surtout des sangsues appliquées aux tempes et derrière les oreilles alternativement. Les sangsues appliquées au cou m'ont paru moins avantageuses dans l'iritis aiguë, qu'appliquées aux tempes ou derrière les oreilles de la manière que je viens d'indiquer. A la face interne de la paupière inférieure, les sangsues produisent dans l'iritis aiguë des effets plus rapides et plus certains : on en met de deux à cinq, tous les deux ou trois jours, pendant les huit ou dix premiers jours de la durée de l'inflammation. On les place sur la face interne de la paupière à une ligne au moins de son bord ciliaire ; là elles causent peu de douleur. (1)

Après les émissions sanguines, viennent les purgatifs qui ont été préconisés sous toutes les formes. En première ligne

(1) En 1820, M. Velpeau avait déjà publié dans le *Journal de médecine, chimie et pharmacie*, quelques observations en faveur de ce genre de saignées locales.

nous trouvons le *calomel*. Ce médicament a été regardé par quelques auteurs presque comme un spécifique de l'iritis. D'autres ne lui accordent pas plus de vertus dans cette maladie qu'aux purgatifs ordinaires, aux drastiques par exemple. On le donne à des doses très variées, à dose très forte, comme vingt-quatre ou trente-six grains par jour, ou bien deux ou quatre grains tous les quatre, six ou huit heures; quelques personnes même ne le prescrivent qu'à la dose d'un ou deux grains par jour, en le combinant avec de l'extrait de jusquiame ou de belladone. Les uns poussent l'emploi de ce remède jusque à la salivation, D'autres, au contraire, en suspendent l'emploi aussitôt que ce phénomène se manifeste. Ce purgatif a réellement une action très utile dans l'iritis, et mérite la préférence sur les autres purgatifs, qui ne m'ont semblé agir que comme des irritants ordinaires. Je le donne à la dose de huit à quinze grains dans les vingt-quatre heures, tantôt seul, tantôt uni à un ou deux grains d'extrait d'opium. Quand la salivation se manifeste avec douleur et gonflement dans la bouche, je suspends tout à fait l'administration du remède. Dans le cas contraire, je diminue la dose, et j'en cesse complètement l'usage au bout de deux ou trois jours. Je combats alors la salivation par les moyens appropriés, si elle est trop forte; si elle est modérée, je la laisse marcher et se terminer seule.

On a vanté d'autres purgatifs et particulièrement le colchique. Je l'ai essayé un grand nombre de fois et sous toutes les formes, sous celles d'extrait, de vin, de teinture et je dois avouer que l'efficacité de ce médicament si recommandé par *MM. Kuhn* et *Carron du Villards*, m'a semblé douteuse, dans l'iritis, comme dans les autres phlegmasies des membranes de l'œil : j'ai toujours trouvé cet agent thérapeutique très infidèle.

Le tartre stibié donné suivant la méthode rasorienne ou en lavage, peut activer la résolution déjà commencée

par les émissions sanguines. C'est un moyen qu'il ne faut pas négliger, mais sur lequel il ne faut cependant pas trop compter. Le quinquina, l'aconit, l'antimoine, la poudre de Dower, le soufre, la belladone, l'opium, la jusquiame, l'acétate d'ammoniaque, le polygala seneka, l'huile essentielle de térébenthine, etc., etc., ont été tour à tour préconisés contre l'iritis. J'ai fort peu de confiance dans ces remèdes; ils ne m'ont pas semblé avoir une action réellement efficace.

Les vésicatoires, sétons et cautères, la médication révulsive cutanée en un mot, peuvent être utiles dans l'iritis, mais il faut savoir s'en servir à temps. Ainsi, par exemple, les vésicatoires appliqués au cou, à la tempe, derrière l'oreille, ne sont pas utiles et sont même nuisibles dans les premières périodes de l'iritis; mais quand l'inflammation est diminuée; qu'elle tend à revêtir la forme chronique, ils produisent des résultats avantageux. Quelques auteurs ont recommandé de les appliquer sur le sommet de la tête. Je ne les ai jamais employés de cette manière, mais je me suis trouvé assez bien de les avoir placés au devant des paupières. Le séton au cou, les cautères aux tempes, sont utiles dans l'iritis, quand elle passe ou est passée à l'état chronique. Mais en général, il ne faut pas trop compter sur la médecine révulsive cutanée dans l'iritis.

Le traitement direct ou topique dans l'iritis aiguë mérite une certaine attention. Les uns le regardent comme très avantageux, d'autres comme nuisible, d'autres comme tout à fait inutile. Il y a de part et d'autre de l'exagération. Si la situation profonde de l'iris met un grand obstacle à l'action des topiques, il ne faut pas conclure qu'ils ne peuvent point en avoir du tout. Les complications si fréquentes de la kératite et de la conjonctivite rendent ces topiques indispensables dans certaines circonstances, et ils ne sont pas sans utilité, je pense, contre l'iritis elle-

même. Ainsi, les cataplasmes émollients, dans le commencement, les cataplasmes résolutifs plus tard, les compresses imbibées d'une décoction mucilagineuse ou d'eau végéto-minérale, ou d'eau froide, sont d'une utilité incontestable. Quand il y a complication de kératite, les collyres astringents avec le sous-acétate de plomb liquide, le sulfate de zinc sont indiqués. On peut y joindre, s'il y a douleur vive, le laudanum de Sydenham ou de Rousseau; s'il y a conjonctivite, le collyre au nitrate d'argent trouve ici sa place, ainsi que tous les autres moyens indiqués dans cette maladie.

L'onguent mercuriel en frictions sur la région fronto-sourcilière et temporale, a été recommandé dans l'iritis. J'ai souvent prescrit deux ou trois fois par jour de faire des frictions sur les régions ci-dessus indiquées, avec gros comme une noisette de cette pommade. C'est sans doute un adjuvant utile, mais je ne crois pas qu'il puisse fournir à lui seul des résultats bien satisfaisants.

La belladone est le médicament dont on a le plus vanté l'efficacité dans la maladie qui nous occupe. Elle est incontestable; mais il s'agit de faire un emploi judicieux de ce remède. Pendant la période aiguë de l'inflammation, son instillation entre les paupières ou même son usage interne serait beaucoup plus nuisible qu'utile. En effet lorsque l'iris est très fortement enflammé, aucun agent n'a d'action sur cette membrane. Ses propriétés contractiles sont tout à fait suspendues par la maladie. L'emploi de la belladone est donc inutile et même dangereux en ce moment: en effet en agissant sur l'iris, la belladone force cet organe à se contracter, à se plisser, et en exagérant ses fonctions, ne peut que contribuer à l'enflammer davantage. Est-il raisonnable en effet, de forcer un organe musculaire à se contracter, à fonctionner, à agir en un mot, quand il est enflammé? Mais au déclin de la maladie l'emploi de ce médicament est très utile; en effet, il peut dilater la pupille, détruire

les adhérences récentes que cette membrane a pu contracter avec les parties environnantes, et contribuer à rétablir l'intégrité de ses fonctions; on l'emploie soit en l'instillant entre les paupières, soit en frictionnant avec la teinture ou l'extrait la région sourcilière, frontale ou temporale. La jusquiame a été conseillée dans le même but. Enfin, on peut combiner la belladone, la jusquiame, avec l'onguent mercuriel, et frictionner les régions que nous avons indiquées avec une pommade qui réunit en proportions diverses ces médicaments.

Traitée de cette manière, l'iritis cède ordinairement en huit, dix ou douze jours, à moins qu'il n'y ait complication de rétinite, de choroïdite ou une maladie du corps vitré. Enfin, la maladie peut passer à l'état chronique.

2° *Iritis chronique.*

Cette maladie a été généralement fort mal étudiée, surtout quand elle a débuté en revêtant cette nuance. Comme elle manque de la plupart des caractères de l'iritis aiguë, elle est difficile à reconnaître : je crois pouvoir affirmer cependant, si je m'en rapporte à mes propres observations, que cette maladie est assez fréquente et que l'affection qui a été décrite sous le nom d'amaurose incomplète, peut être souvent rapportée à quelqu'une des nuances de l'iritis chronique; mais si on a méconnu l'iritis chronique comme maladie primitive, on l'a souvent constatée comme terminaison de l'iritis aiguë.

Voici les caractères qu'elle présente : si la maladie n'existe que d'un côté, on peut en comparant l'œil malade avec celui qui est sain, s'apercevoir que le premier est beaucoup plus irritable que l'autre. Il y a larmoiement et difficulté plus grande de fixer la lumière. Il y a sentiment de tiraillement, gène dans l'orbite, vue trouble et confuse. Les ma-

lades se plaignent de voir des filaments, des corpuscules, qui semblent voltiger au devant de leurs yeux. L'iris a changé de couleur. Sa face antérieure présente des taches, des marbrures, de forme et d'aspect variés. La pupille est resserrée et presque fixe, ou contractée d'une manière inégale. Ses bords ont souvent des adhérences avec la face antérieure du cristallin, et alors il y a synéchie postérieure, l'iris est verdâtre, décoloré, ridé. C'est dans cet état que se présentent beaucoup de malades qui se disent atteints d'amaurose incomplète et qui n'ont en définitive qu'une iritis chronique. D'autres fois la pupille est très régulière, mais immobile, c'est ce qui en impose encore plus pour une amaurose; du reste cette pupille présente souvent les formes variées dont il a été déjà question, à l'occasion de l'iritis aiguë : son contour offre des franges, des végétations, un état floconneux. Les formes bizarres de cette ouverture se dessinent surtout quand on instille entre les paupières quelques gouttes d'extrait de belladone. Comme il y a un affaiblissement notable de la vue sans aucun symptôme de cataracte, et qu'il existe souvent en même temps douleurs dans l'orbite et dans toute la tête, on peut penser que l'iritis chronique se complique souvent de l'inflammation de la rétine, ou de quelque altération dans le corps vitré.

L'iritis chronique a été pendant un certain temps regardée comme étant toujours déterminée par la maladie syphilitique. *M. Larrey* entre autres a soutenu cette opinion, mais si c'est en effet sous cette forme que se présente ordinairement l'iritis syphilitique, il est certain aussi que beaucoup d'individus qui n'ont jamais été affectés de maladies vénériennes offrent cette affection. J'ai vu chez plusieurs d'entre eux, les flocons, les franges ou festons de la marge de la pupille, ce que *Beer* a nommé *condylômes.* Le traitement antivénérien n'avait aucune prise sur cette forme de la maladie. Nous verrons en parlant des oph-

thalmies spécifiques quels sont les signes propres à l'iritis syphilitique.

L'iritis chronique est une maladie grave; souvent elle est incurable. Quand les sujets ne voient plus, il n'y a ordinairement aucune ressource; on ne peut même espérer de guérison complète que lorsqu'il n'y a point d'adhérences établies entre l'iris et les parties voisines de la pupille, etc. Quand il y a des flocons qui bordent cette ouverture, il est très rare que l'œil reprenne l'intégrité de ses fonctions, à moins qu'il ne s'agisse d'une iritis syphilitique. En définitive, le pronostic de l'iritis chronique est fâcheux.

Le traitement de cette maladie est à peu près le même que celui de l'iritis aiguë, sauf l'activité avec laquelle on emploie les moyens qui le constituent. Ainsi on a recours, si l'état général du sujet ne s'y oppose point, à de petites saignées générales et locales pratiquées de loin en loin; on dérive sur le canal intestinal par les purgatifs, les préparations de colchique et surtout le calomel ; on emploie les frictions mercurielles, seules ou unies à l'opium, ou à la jusquiame, ou à la belladone. Les instillations de cette substance entre les paupières sont ici très utiles, et peuvent détruire les adhérences qui se sont formées entre l'iris et les parties voisines. C'est surtout dans l'iritis chronique qu'il faut employer la belladone. On en fait usage un ou deux jours de suite, puis on cesse pendant un temps égal, et on y revient ensuite, en l'employant de la même manière, comme nous l'avons dit pour l'iritis aiguë. L'extrait de belladone est la préparation que j'emploie de préférence; sa teinture me semble trop irritante. Je fais délayer quelques grains d'extrait de belladone dans une cuillerée pleine d'eau, et j'instille le matin et le soir cette préparation entre les paupières. Si l'œil est trop enflammé, je me borne à faire des frictions sur les paupières, autour de l'orbite, sur les tempes avec cette solution ou avec une pommade préparée avec l'extrait. On peut aussi employer cette

substance à l'intérieur. Par ces dilatations et ces contractions alternatives sous l'influence de la belladone, dont on cesse et dont on renouvelle l'emploi pendant un certain temps, en imprimant ainsi à la pupille des mouvements de tiroir ou de rideau, on peut rompre ces adhérences si elles ne sont pas trop fortes.

Mais quand ces moyens ne suffisent plus, on a conseillé de détruire ces adhérences avec une aiguille à cataracte introduite dans la chambre postérieure à travers la sclérotique, quand il y a synéchie postérieure, et dans la chambre antérieure, à travers la cornée transparente, quand il y a synéchie antérieure. Ces opérations, faciles à pratiquer, sont dangereuses, et la prudence ne permet guère d'y avoir recours : en effet, on peut décoller l'iris dans ses parties saines, l'enflammer de nouveau; ces adhérences peuvent se reproduire; enfin, on peut amener dans l'œil des inflammations graves et qui éteignent complètement ce qui reste de la vue.

Un moyen qui ne doit point être négligé dans l'iritis chronique, et qui produit dans cette nuance de la maladie les effets les plus avantageux, consiste dans les révulsifs externes, tels que vésicatoires, sétons et cautères. Les vésicatoires volants autour de l'orbite ou sur les paupières peuvent être très utiles. On les applique, comme nous l'avons déjà dit à l'occasion de la kératite et des autres phlegmasies de l'œil. Les cautères sont très avantageux soit aux tempes, soit à la nuque; dans ce dernier point, je les place dans la fossette sous-occipitale, fossette qui est limitée en bas par l'apophyse épineuse de l'axis, et de chaque côté par les muscles grand-complexus. Cet espace est rempli par un tissu cellulaire abondant, et qui est parfaitement disposé pour l'établissement d'un cautère. Le séton agit comme le cautère et plus efficacement encore. C'est à défaut de ce remède, que refusent souvent les malades, qu'il faut avoir recours aux cautères.

§ VI. Ophthalmies spécifiques.

Dans le cours de ces leçons sur les principales ophthalmies, vous avez vu que je me suis abstenu autant que possible, de m'appesantir sur celles qui ont été désignés par des auteurs modernes sous le nom d'*ophthalmies spécifiques*.

Je me suis réservé de débattre ce sujet pour la fin. Dans cette discussion, comme vous devez bien le penser, Messieurs, les questions de personnes seront toujours écartées, la science, qui est notre unique but, ne pouvant rien gagner à des débats purement personnels : je ne dois avoir devant moi que des opinions que j'adopterai ou repousserai suivant mes convictions.

Y a-t-il dans les phlegmasies de l'œil, désignées sous le nom d'*ophthalmies*, des caractères anatomiques, tellement tranchés qu'il soit possible de juger de la constitution des individus, par cela seul, que ces ophthalmies présentent tels ou tels symptômes, et d'affirmer qu'ils sont sous l'influence de telle ou telle altération générale qui imprime à la maladie locale une forme déterminée qui lui mérite le nom de spécifique? (1)

Sans doute, il n'est personne qui n'avoue que la constitution des sujets, et qu'une viciation générale bien con-

(1) Voici les propres expressions de M. Sichel :

« De là résulte pour nous la nécessité d'admettre et d'opposer aux ophthalmies *simples* des ophthalmies modifiées par des causes *spéciales* qui les produisent, ou *combinées* avec certains états ou travaux morbides, phlegmasies que par cette raison nous appelons *ophthalmies spéciales* ou *combinées*. Avant nous, on les avait appelées *spécifiques;* mais nous réservons cette dénomination exclusivement à celles de ces inflammations qui sont dues à un véritable virus susceptible d'inoculation, telles que les ophthalmies varioleuse et syphilitique. Nous choisissons de préférence le nom d'*ophthalmies spéciales*, comme exprimant notre idée de la manière la plus générale, bien qu'il laisse quelque chose à désirer. » (Sichel, *op. cit.*, p. 186.)

Plus loin, page 189, M. Sichel cherche à formuler les différences qui exis-

statée n'aient une influence notable sur les maladies des yeux. Cela est évident ; mais vouloir trouver dans chaque forme de la phlegmasie un principe spécifique qui la détermine et la caractérise de manière à toujours pouvoir la reconnaître, c'est une véritable chimère, une pure création de l'esprit. Je me propose de vous le prouver par l'examen consciencieux des caractères des ophthalmies prétendues spécifiques; d'avance je vous dirai que je rejette du cadre ophthalmologique ces ophthalmies spécifiques, admises par *Beer*, et que le propagateur principal de ses idées cherche encore à faire prévaloir parmi nous. Je ne les repousse pas toutes cependant, il en est une qui mérite d'être prise en considération, c'est l'ophthalmie syphilitique : les autres sont pour la plupart le résultat de théories plutôt que celui de l'observation.

Si on en croyait certaines personnes, les ophthalmies spécifiques seraient presque infinies, c'est ainsi que nous aurions les ophthalmies *varioleuse*, *dartreuse*, *scarlatineuse*, *psorique*, *hémorrhoïdale*, *scorbutique*, *menstruelle*, *abdominale*, *lymphatique*, *congestionnelle*, *typhoïde*, etc. Depuis longtemps on a fait justice de toutes ces rêveries et il n'en est guère question maintenant. Mais il y a encore quelques ophthalmies dont la nature spécifique est admise dans l'école allemande, et que des hommes d'un grand

tent entre les ophthalmies simples et les ophthalmies spéciales. « Les ophthalmies simples dérivent toutes d'une seule classe de causes toujours uniformes, dont l'action est irritante et locale, c'est-à-dire ne s'étendant point au-delà de l'organe affecté. Les ophthalmies spéciales au contraire reconnaissent, outre ces causes locales et irritantes, d'autres encore d'une action constitutionnelle plus ou moins étendue et d'une nature spéciale, telles que les rhumatismes, la goutte, les catarrhes, les scrofules, etc... Ces maladie peuvent se fixer dans les diverses membranes du globe oculaire, qui, par suite de l'action irritante de la cause locale, devient le centre d'attraction du travail pathologique. La spécificité de ces causes ajoute des caractères particuliers à ceux des ophthalmies simples comme à ceux de toute autre inflammation, quel qu'en soit le siége. »

poids dans la science regardent comme réelles ; celles-là ont seules besoin d'être discutées. Il s'agit des ophthalmies *catarrhale*, *arthritique*, *rhumatismale*, *scrofuleuse*, *syphilitique*, etc.

Pour ne pas tronquer ou dénaturer les idées qui ont servi de base aux théories relatives à la spécificité de ces ophthalmies, j'ai étudié avec soin les auteurs qui en sont les partisans et les propagateurs, *M. Sichel* entre autres, qui en est le principal représentant en France. C'est surtout dans son ouvrage que j'ai puisé la plupart des caractères admis pour établir ces ophthalmies spécifiques.

Ophthalmie catarrhale. Suivant les médecins de l'école ophthalmologique allemande, l'ophthalmie catarrhale serait caractérisée par les phénomènes suivants Démangeaison sur la conjonctive palpébrale et au grand angle de l'œil, raideur dans les paupières, mucus en petite quantité épais, se desséchant au grand angle de l'œil, et sur le bord libre des paupières. Teinte rose de la conjonctive palpébrale, les vaisseaux forment des stries parallèles entre elles, et dirigées du bord libre vers le bord adhérent des paupières, ces stries vont se perdre sur la conjonctive oculaire, voilà ce que les médecins nomment *l'injection catarrhale.* Jusque à présent, Messieurs, quelle différence y a-t-il entre cette maladie et celle que je vous ai décrite sous le nom de *blépharite muqueuse ou glanduleuse?* Mais continuons la description. Bientôt les stries se multiplient, se rapprochent, la muqueuse est d'un rouge vermillon plus foncé, un peu jaunâtre : un réseau irrégulier de vaisseaux se forme et s'étend à la conjonctive scléroticale. Il y a là une couleur jaunâtre pâle, les vaisseaux convergent vers la cornée et s'y terminent près d'elle par un chevelu très fin : cette terminaison a lieu près de cette membrane, à une ligne ou deux; mais jamais ils ne l'atteignent; ils en sont éloignés par une portion de conjonctive qui est demeurée saine et qui a deux ou trois lignes de largeur ; point de larmoie-

ment de photophobie, peu à peu la sécrétion muqueuse augmente, et pendant le sommeil se concrète aux paupières, au grand angle de l'œil, et y forme des croûtes minces et peu adhérentes. Des granulations se déclarent sur la conjonctive palpébrale; elles sont plus ou moins nombreuses et rapprochées; alors survient la sensation de la présence de graviers entre l'œil et les paupières, tel est le second degré de la maladie. Suivant nos auteurs, dans le troisième degré, les vaisseaux de la conjonctive sont plus nombreux, plus volumineux, ils s'étendent jusque à la circonférence de la cornée et déterminent tous les degrés du *chimosis.*

Ne retrouvons-nous pas dans ces symptômes attribués à l'ophthalmie catarrhale, tous ceux que nous avons décrits dans plusieurs des nuances de la blépharite et de la conjonctivite? Qu'entend-on d'ailleurs par affection catarrhale? Peut-on être satisfait en entendant dire que c'est une irritation ou inflammation de la muqueuse, ayant pour symptôme principal l'augmentation de la sécrétion muqueuse, et pour cause, le refroidissement; alors admettez une gastrite, une laryngite, une bronchite, une entérite catarrhale, etc., etc. On voit où doit nous mener une pareille manière de raisonner (1). Enflammez la conjonctive oculaire ou palpébrale avec un grain de sable, un corps étranger quelconque déposé sur elle, et vous amènerez tous les symptô-

(1) Voici le résumé des opinions de M. Sichel sur l'ophthalmie catarrhale: « Nous appelons *catarrhe* une irritation sanguine particulière, pouvant devenir inflammatoire, mais ne l'étant pas dans le plus grand nombre des cas, irriration ayant pour siège une membrane muqueuse, et pour symptôme pathognomonique le plus saillant une augmentation de sécrétion muqueuse, et pour cause un refroidissement, soit du corps en général, soit des parties les plus voisines de la membrane affectée, ou de cette membrane elle-même. Dans l'ophthalmie catarrhale, l'irritation, plus ou moins congestive que véritablement inflammatoire, se localise dans la portion essentiellement muqueuse de la conjonctive, dans celle qui est la plus éloignée du bord de la cornée, dans cette partie enfin qui, d'après les recherches anatomiques les plus récentes, possède un epithélium, un chorion et un corps papillaire, à l'instar des autres membranes muqueuses. (*Op. cit.*, p. 210.)

mes de l'ophthalmie dite *catarrhale.* Direz-vous que c'est là une ophthalmie spécifique? Cette idée de la spécificité, conduit d'ailleurs à une mauvaise direction dans le traitement. Les partisans de l'école allemande recommandent contre cette maladie, les révulsifs cutanés, les médications générales, et vous savez que ce mode de traitement n'est véritablement qu'accessoire, que le meilleur consiste dans l'emploi des topiques. Pourquoi donc donner un nom particulier et caractérisant une nature particulière à une ophthalmie qui présente les mêmes symptômes que les conjonctivites et les blépharites ordinaires, et qui guérit par les mêmes moyens? Ce mot *ophthalmie catarrhale,* ne peut, suivant moi, avoir aucune valeur scientifique et doit être rayée du cadre nosologique. Passons maintenant à une autre.

Ophthalmie scrofuleuse. C'est dans cette ophthalmie que les partisans de l'école allemande s'imaginent triompher et prouver de manière la plus évidente que la maladie se présente sous un aspect tel, que ses symptômes, sa marche et son traitement en subissent des modifications essentielles. Voici les caractères de l'ophthalmie scrofuleuse : Suivant l'école allemande, elle présente deux formes : la conjonctivite scrofuleuse, à laquelle on joint la blépharite scrofuleuse, et la kératite scrofuleuse.

Conjonctivite et blépharite scrofuleuses. Il y a une injection partielle de la conjonctive oculaire, des stries sanguines, d'une couleur pâle, et formant des plaques de forme triangulaire, occupant le plus ordinairement les portions de la conjonctive qui avoisinent la commissure des paupières. La base de ces plaques est tournée vers la cornée, et le sommet vers la commissure des paupières ou l'angle interne de l'œil. Ces plaques présentent quelquefois des élevures, des phlyctênes, des papules d'un volume plus ou moins considérable. Il n'y a ni larmoiement, ni augmentation dans la sécrétion muqueuse, ni crainte de la lumière. Cette variété de l'ophthalmie est celle que je vous ai dé-

crite sous le nom de conjonctivite angulaire, et que je préfère nommer partielle, parce qu'elle n'occupe pas toujours les angles de l'œil. On observe ces conjonctivites angulaires sur des sujets qui ne possédent pas la moindre apparence de la maladie dite *scrofuleuse*. Je n'ai pas constaté que ces vaisseaux injectés dans cette prétendue conjonctivite scrofuleuse, fussent parallèles, et se dirigeant en ligne droite vers la cornée, comme le dit M. *Sichel*. Il ne m'a pas semblé non plus que ces vaisseaux fussent très fins par leur extrémité qui regarde les commissures des paupières, gros et comme renflés vers la cornée, au bord de laquelle ils cessent brusquement, comme si on en avait fait la section dans ce point, et sans jamais envahir la cornée. Il en est de même du resserrement des paupières ou du *blépharospasme* qu'on a dit accompagner souvent cette conjonctivite scrofuleuse. Ce spasme appartient comme vous le savez à la kératite, ou à l'inflammation d'une des autres membranes interne de l'œil. Tous ces symptômes, et quelques autres encore insignifiants, se rapportent parfaitement bien à la conjonctivite partielle angulaire, papuleuse, aphthoïde, que je vous ai décrite il y a quelque temps. Jamais, disent les médecins dont je combats l'opinion, cette plaque angulaire n'atteint la cornée; je puis aujourd'hui même vous prouver le contraire, car il y a un jeune homme, actuellement dans mes salles, et qui èst atteint de cette conjonctivite partielle ou scrofuleuse de l'école allemande. Cette plaque triangulaire se prolonge sur la cornée et l'envahit de quelques lignes. Ce jeune homme présente les signes d'une constitution lymphatique, il est scrofuleux, enfin, comme on dit. Ici l'école allemande paraîtrait avoir rencontré juste en admettant une conjonctivite scrofuleuse. Mais puisqu'on observe ces mêmes symptômes, cette même forme de conjonctivite sur des individus d'une constitution tout à fait opposée, chez des individus robustes, sanguins ou bilieux, il ne s'agira donc pas alors d'une conjonctivite scrofuleuse, et il

sera impossible de juger de la constitution du sujet par la maladie de l'œil. Dira-t-on qu'il y a alors des scrofules latens? je ne chercherai point à réfuter un pareil argument. La prétendue blépharite scrofuleuse n'est autre que la blépharite glanduleuse et ciliaire. D'ailleurs, les sujets que l'on désigne sous le nom de scrofuleux sont susceptibles d'avoir toutes les autres formes de conjonctivite et de blépharite, sans qu'il soit possible de constater chez eux de modifications particulières dans les caractères anatomiques et physiologiques de la maladie. Le traitement de cette prétendue conjonctivite et de la plépharite scrofuleuse, ne diffère pas de celui des autres, quoiqu'on ait dit qu'il fallait absolument un traitement général et approprié à la nature de la maladie. Vous pouvez vous en convaincre facilement en suivant mon service; vous ne verrez pas ces ophthalmies scrofuleuses autrement traitées que les autres, et vous ne les verrez pas moins bien guérir. C'est par les topiques que je les attaque, et non pas par un traitement général. En voici un exemple tout récent : Un jeune homme atteint de tous les symptômes de l'ophthalmie scrofuleuse, est arrivé dernièrement à l'hôpital, dans mon service. Il avait été consulter un médecin partisan des doctrines ophthalmologiques allemandes; on lui avait prescrit un traitement général, l'usage de la teinture de colchique, etc., etc. Ne pouvant se traiter convenablement chez lui, il est venu dans cet hôpital; en deux jours de temps, et sous l'influence du collyre au nitrate d'argent seul, il a été guéri, et il sort aujourd'hui, sans conserver la moindre trace de sa maladie.

Avant de décrire une cause spéciale comme déterminant ou modifiant la conjonctivite et la blépharite de manière à lui mériter le nom de scrofuleuse, on aurait dû prouver l'existence de cette cause spéciale, de ce prétendu vice scrofuleux. Or, rien n'est moins prouvé. La constitution lymphatique n'est pas une maladie, elle est une

aptitude, une disposition à contracter des maladies fort diverses. Il serait nécessaire d'approfondir cette question de scrofule qui mérite d'être examinée à fond. Pour moi je voudrais rejeter aussi du cadre nosologique cette maladie.

Kératite scrofuleuse. Suivant *M. Sichel*, il n'y a dans la kératite scrofuleuse aucune vascularisation; cette membrane devient trouble et mate. Une exsudation lymphatique se fait entre ses lames; il en résulte des plaques opaques, bleuâtres, blanchâtres, de forme et d'étendue variées; elle devient inégale, sablée; elle est comme dépolie. La vascularisation n'arrive que lorsqu'il y a conjonctivite ou sclérotite.

Vous savez que nous avons fait justice de cette dernière maladie, et qu'elle est à peu près imaginaire. Quant aux autres symptômes de la kératite scrofuleuse, vous les retrouverez tous dans ceux que je vous ai donnés lorsque je vous ai décrit la kératite et ses variétés. Je vous répèterai encore que ces symptômes de kératite prétendue scrofuleuse se retrouvent dans toutes les constitutions, chez les sujets dits scrofuleux, comme chez les autres. J'ajouterai maintenant, pour en finir sur ces affections scrofuleuses de l'œil, que chez les individus qui sont profondément détériorés par les scrofules, les maladies des yeux sont sans contredit influencées dans leur marche, leur durée, leur gravité même, et qu'il est nécessaire de traiter en même temps leur état général. Je suis donc loin de refuser toute importance à l'état général : je veux dire seulement, que la médication topique doit être employée non comme accessoire, mais comme essentielle, et que les idées de spécificité, admises par l'école allemande dans ces maladies de l'œil, nuisent d'une manière notable à leur thérapeutique, car elles accordent beaucoup trop au traitement général et trop peu au traitement local. Ces considérations s'appliquent du reste, à toutes les autres maladies générales dont les individus peuvent être atteints.

Ophthalmie arthritique. Cette ophthalmie, dit-on, reconnaît pour cause le principe goutteux. L'inflammation de la conjonctive est caractérisée par une injection de vaisseaux tortueux et situés dans le tissu de la sclérotique. Autour de la cornée et dans le point qui correspond à l'iris, se trouve un anneau étroit et séparé de la cornée par un cercle gris ou bleuâtre. L'iris semble aminci, comme lavé, et d'une couleur jaunâtre, feuille morte, grise ou blafarde. La pupille affecte une forme elliptique transversale. Il y a douleurs vives et comme électriques dans l'œil. Tous ces symptômes, je les ai vus plus de vingt fois chez des individus qui ne savaient pas ce que c'était que la goutte, soit chez eux, soit dans leur famille. Le cercle bleuâtre placé autour de la cornée se remarque souvent chez de jeunes enfants, ou chez les personnes dont la sclérotique est mince. Quant à la déformation de la pupille, c'est un signe sans valeur. On l'observe chez des individus de tout âge, de tout sexe et de toute constitution. Tous les symptômes attribués à l'ophthalmie arthritique des auteurs allemands dépendent, suivant moi, d'une inflammation de l'iris ou de la choroïde, et souvent de l'inflammation simultanée de ces deux membranes. Au surplus, c'est une des ophthalmies spécifiques à laquelle les auteurs spécificistes tiennent le moins. Nous n'insisterons pas davantage sur elle puisqu'ils paraissent l'avoir mise de côté. Passons à l'ophthalmie rhumatismale.

Ophthalmie rhumatismale. C'est l'ophthalmie que les ophthalmistes allemands paraissent avoir prise le plus en faveur. Son siége, suivant eux, est la sclérotique, l'expansion aponévrotique des muscles de l'œil, et la conjonctive cornéale, enfin, dans quelques cas la membrane de l'humeur aqueuse et le feuillet séreux qui recouvre l'iris.

La maladie s'annonce par une légère injection de vaisseaux fins de la sclérotique, parallèles entre eux, droits, d'un rouge pâle, qui commencent autour de la cornée

s'étendent en rayonnant à une distance plus ou moins grande, et qui envahissent souvent toute la sclérotique. Bientôt un second plan de vaisseaux, plus volumineux formant un réseau superficiel, constitue autour de la cornée une seconde couronne vasculaire. Celle-ci appartient à la conjonctive. Souvent il y a chémosis. La photophobie et le larmoiement se manifestent, mais il n'y a point d'augmentation dans la sécrétion du mucus. Si la maladie s'accroit, l'anneau s'élargit, le pourtour de la cornée se couvre de petites stries d'un rouge de vermillon, surtout en haut et en bas. Le bord libre des paupières se gonfle et devient d'un rouge bleuâtre. La cornée prend une teinte laiteuse et devient vasculaire; alors la vision est troublée et dans quelques cas abolie. Les douleurs qui sont modérées pendant le jour s'accroissent le soir.

Résumez tous ces symptômes, Messieurs : anneau sclérotidien, photophobie, larmoiement, trouble de la vision, taches de la cornée, vascularisation de cette membrane, n'appartiennent-ils pas tous à la *kératite?* Les terminaisons n'en sont-elles pas les mêmes? Ajoutons ensuite à ces symptômes ceux de la conjonctivite qui s'y trouvent très clairement exprimés. Quant à la déformation de la pupille, qui présente quelquefois dans cette ophthalmie dite rhumatismale un ovale du haut en bas, cela tient à l'iritis, qui se joint souvent à la kératite et à la conjonctivite.

Comme nous l'avons vu pour l'ophthalmie scrofuleuse, l'idée d'une cause spécifique, le rhumatisme, conduit à une thérapeutique vicieuse. On préconise, en effet, contre l'ophthalmie rhumatismale une médication antirhumatismale, le tartre stibié à haute dose, l'aconit, le colchique, la poudre de Dower, les antimoniaux, l'acétate d'ammoniaque, le camphre, les sudorifiques de toute espèce, etc., etc.

Ce n'est pas ainsi que je dirige le traitement de ces prétendues ophthalmies rhumatismales. Sans doute je ne né-

glige pas la médication générale et dérivative ; mais je ne l'emploie qu'à titre d'adjuvant; vous en avvez été témoins, Messieurs, et vous pouvez l'être encore chaque jour : les malades qui sont admis dans nos salles et qui présentent au plus haut degré tous les symptômes de l'ophthalmie dite *rhumatismale* guérissent en quelques jours sous l'influence bien entendue des topiques astringents seuls.

Ne pourrions-nous d'ailleurs pas faire ici, pour la cause spécifique de l'ophthalmie rhumatismale, la question que nous nous sommes déjà faite pour les scrofules : est-ce donc une maladie spécifique que le rhumatisme? Et comment, pour ne parler que de ce qui a rapport à la vascularisation, peut-on concevoir que les vaisseaux de l'œil, dont la distribution est la même chez tous les individus, puissent être différemment injectés chez les rhumatisants que chez les autres. Sans doute, comme cela se voit pour les scrofules avancés et qui ont détérioré la constitution, le rhumatisme peut exercer une influence plus ou moins grande sur les maladies des yeux, mais vouloir affirmer, ainsi qu'on l'a positivement dit, qu'un sujet est rhumatisant ou scrofuleux par cela seul que l'ophthalmie dont il est atteint présente telle ou telle forme, c'est ce que je regarde comme une erreur dangereuse; car elle conduit à une fausse thérapeutique, à l'emploi des spécifiques contre le rhumatisme. Si le rhumatisme n'était point lui-même une maladie spécifique (car cette question tout entière est encore à revoir), que deviennent les anti-rhumatismaux? Car point de maladie spécifique, partant point de médication spécifique.

Toutes ces raisons, Messieurs, m'engagent donc à rejeter l'ophthalmie rhmatismale, et à ne l'envisager que comme une kératite compliquée souvent d'iritis et de conjonctivite.

Nous avons donc successivement rejeté les ophthalmies spéciales, *catarrhale*, *scrofuleuse*, *arthritique*, *rhuma-*

tismale, telles que les comprennent les auteurs à l'état isolé. Il doit nécessairement en être de même de ces ophthalmies combinées entre elles, deux à deux, trois à trois, etc., etc., ainsi que le veulent encore les ophthalmologistes de l'école allemande. C'est ainsi que nous voyons une ophthalmie *rhumatismo scrofuleuse*, *catarrho-rhumatismale*, *scrofulo-catarrhale*, etc., etc. Toutes ces dénominations n'ont aucun avantage pratique; elles embrouillent au dernier point une matière qui l'est déjà assez par elle-même. On simplifiera très utilement l'ophthalmologie en écartant toutes ces spécificités et leurs combinaisons multipliées au milieu desquelles leurs inventeurs se perdent eux-mêmes.

Mais, Messieurs, si j'ai rejeté, avec raison je crois, les ophthalmies précédentes, comme ne présentant rien de spécial, ni dans leurs caractères anatomiques, physiologiques, ni dans leur mode de traitement, il n'en sera pas de même de l'ophthalmie syphilitique : celle-ci a évidemment ses symptômes particuliers; elle réclame un traitement spécial et mérite d'être traitée et étudiée à part.

Ophthalmie syphilitique. S'il y a une ophthalmie qu'on peut nommer syphilitique, c'est bien celle-ci. Le principe vénérien imprime un caractère tout particulier à une foule de maladies qui peuvent survenir aux individus qui en sont infectés, et il les modifie très profondément; aussi peu de praticiens nient la spécificité de la syphilis. D'après cela, on conçoit facilement que les ophthalmies syphilitiques peuvent présenter des caractères propres à elles seules. Ce que l'analogie porte à admettre, l'observation le prouve. Il ne s'agit point ici de l'ophthalmie blennorhagique qui se communique par le contact de la manière la plus évidente, il s'agit d'une ophthalmie moins rapide, et siégeant, non pas seulement sur l'iris, ainsi qu'on l'a prétendu, mais qui atteint souvent aussi d'autres parties du globe oculaire et de ses dépendances. C'est ainsi que j'ai vu

quelquefois des blépharites syphilitiques caractérisées par la teinte rouge cuivrée, par des ulcérations, des végétations de nature positivement vénériennes. Des vascularisations dans la cornée, des plaques d'un rouge cuivré, des végétations développées sur cette membrane, me forcent même de croire à l'existence d'une kératite syphilitique. Mais c'est surtout l'iris qui est le siége principal de l'ophthalmie syphilitique.

L'iris, dans ces derniers temps, est la membrane de l'œil sur laquelle les ophthalmologistes ont pensé qu'agissaient surtout les causes spécifiques. C'est ainsi qu'on a créé une iritis *typhoïde*, une iritis *congestionnelle*, *pléthorique*, une iritis *veineuse*, *laiteuse*, *nerveuse*, une iritis *hydrargirique*, *scorbutique*, *scrofuleuse*, *rhumatique*, *variolique*, *rubéolique*, *scarlatineuse*, *psorique*, *plicosique*, etc., etc. De toutes ces iritis, les ophthalmologistes, partisans des idées allemandes sur les ophthalmies spécifiques, n'admettent plus guère que quatre genres d'iritis dues à des causes spéciales, l'iritis scrofuleuse, rhmatismale, arthritique et syphilitique. Ici nous retrouvons encore les mêmes principes qui dirigent l'école allemande dans l'appréciation des symptômes de la maladie. S'ils avaient voulu dire, en parlant des individus atteints d'inflammations rhumatismales, scrofuleuses ou arthritiques, que les maladies de l'œil sont plus ou moins modifiées dans leur marche, dans leur traitement et dans leurs suites, il n'y aurait rien à objecter. Mais ces messieurs partent d'une autre base et veulent que les caractères anatomiques de la maladie en indiquent la cause, et qu'en regardant un œil affecté d'iritis, on puisse déterminer, au premier abord, s'il y a une iritis franche ou spécifique. Beaucoup de divergences existent d'ailleurs à ce sujet ; ainsi, l'iritis scrofuleuse admise par les uns est repoussée par d'autres, tel que M. *Flarer*, tandis que M. *Mackensie* en établit une primitive et une secondaire. Quant à l'iritis arthritique, MM. *Juncken*,

Rosas, *Ammon*, l'admettent sans restriction; M. *Mackensie* hésite au contraire à l'accepter, et M. *Pamard* l'a décrite sous le nom d'*iritis parenchymateuse*. Il en est de même pour *l'iritis rhumatismale*, sur les symptômes de laquelle les auteurs se trouvent en divergence complète. C'est ainsi que *Schmit* et M. *Rosas* lui donnent pour caractère principal une photophobie très intense, tandis que M. *Sichel* dit qu'il n'y en a pas du tout.

Avant de passer à l'iritis syphilitique, indiquons rapidement les caractères des autres iritis spéciales pour compléter notre sujet : cela servira d'ailleurs pour mieux établir le diagnostic différentiel de l'iritis syphilitique.

Iritis scrofuleuse. Suivant M. *Mackensie*, l'iritis scrofuleuse est plutôt secondaire que primitive. Les paupières sont contractées spasmodiquement; il y a des pustules sur la sclérotique près de la cornée, une injection légère et violacée de la conjonctive, une forme ovale de la pupille qui est comme tirée en haut. On peut rencontrer sans doute ces caractères anatomiques et physiologiques de la maladie chez les individus d'une constitution lymphatique, et chez les enfants; mais il est certain qu'on les observe aussi chez les adultes et les individus d'une constitution tout à fait différente. Ces signes d'ailleurs, vous devez le voir, Messieurs, se rapportent autant à la conjonctivite et à la kératite, qu'à une phlegmasie de l'iris.

Iritis rhumatismale. Causée principalement par le refroidissement, cette iritis est caractérisée suivant l'école de *Beer*, par des exacerbations nocturnes, par la présence de *l'anneau sclérotidien radié*, par le larmoiement, la photophobie et par la forme ovoïde de la pupille. Ces symptômes sont presque tous ceux des kératites, et principalement des kératites ulcéreuses et des iritis ordinaires. Ils se rencontrent aussi bien chez les enfants que chez les adultes, chez les femmes que chez les hommes, chez les sujets lymphatiques et scrofuleux, comme chez les personnes sèches,

nerveuses ou sanguines, chez celles qui n'ont jamais été atteintes de rhumatismes, comme chez ceux qui en sont atteints depuis longtemps.

Iritis arthritique. On a dit qu'elle était caractérisée par des douleurs vives, comme névralgiques, et présentant des rémittences. L'anneau sclérotidien est plutôt violet et livide que rouge, et séparé de la cornée suivant *Weller*, par un cercle bleu ou gris de la largeur d'une demi-ligne. Toute la sclérotique présente une nuance violacée plus ou moins foncée; l'iris semble aminci, il est comme lavé et d'une couleur grise ou blafarde. La pupille est elliptique, ayant son grand diamètre en travers ou de haut en bas.

Sans doute on observe souvent et j'ai observé moi-même souvent ces symptômes, soit isolément, soit ensemble. Mais j'ai trouvé que ce cercle grisâtre existait dans toutes les sortes d'iritis qui ne se compliquent ni de kératite, ni d'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse. Quant à la teinte livide de la sclérotique, je crois pouvoir la rattacher à une inflammation de la choroïde, et les douleurs vives et aiguës que les malades ressentent à une nuance de *rétinite*. Quant à l'aspect blafard de l'iris, je l'ai trouvé chez des individus qui n'avaient jamais eu la goutte et qui présentaient sous tous les autres rapports les symptômes de l'iritis, soit scrofuleuse, soit rhumatismale.

Quant aux changements de forme de la pupille dans l'iritis, je puis affirmer qu'il n'y a aucun rapport entre les diverses causes de la maladie, pas même dans l'iritis syphilitique dont nous allons parler tout à l'heure. J'ai vu cette pupille dans l'iritis syphilitique tirée en dedans et en haut. Mais je l'ai vue également dans l'iritis pure et simple et chez des sujets qui n'avaient jamais éprouvé la plus légère atteinte de syphilis, et en même temps je ne l'ai point trouvée avec cette forme chez des sujets réellement affectés de la maladie vénérienne. L'iritis dite scrofu-

leuse, rhumatismale, arthritique, sont tout à fait dans ce cas. Il n'est pas rare de rencontrer l'une de ces formes dans un œil, et d'en trouver une opposée dans l'autre chez le même individu. Il y a plus, j'ai vu dans le même œil, la pupille d'abord ovalaire de haut en bas, devenir anguleuse en haut et en dedans, puis s'arrondir de ce côté pour s'allonger en dehors dans le cours de la même maladie. Toutes ces déformations de la pupille dépendent ou de ce que quelque région de l'iris se trouve plus engorgée, plus enflammée que le reste, ou bien de l'existence de filaments qui vont de l'un des bords de la pupille à l'autre, qui en gênent les mouvements et lui font aussi contracter des adhérences avec le disque antérieur de la capsule du cristallin.

Aujourd'hui (7 juin 1839) il sort de l'hôpital un malade, jeune garçon, fort et vigoureux, exerçant la profession d'ébéniste, et qui a été pris, il y a trois semaines environ, d'une iritis des plus aiguës de l'œil droit, et à laquelle il n'a pu assigner aucune cause appréciable. Ce malade, qui a été traité successivement par les antiphlogistiques employés avec énergie, les pommades à la belladone, à l'onguent mercuriel, etc., a présenté des phénomènes très curieux dans le cours de sa maladie. En effet, dans le commencement de son séjour à l'hôpital, la pupille, déformée, était tirée en dedans et en haut, ce qui, d'après les observateurs de l'école allemande, annoncerait une iritis syphilitique. Quelques jours après cette même pupille se trouvait tirée en haut et en dehors, ce qui indiquait, d'après eux, une iritis scrofuleuse. Enfin, dans les derniers temps, cette déformation était tout à fait interne, ce qui dénotait l'iritis arthritique.

Ce que ce cas offre de malheureux pour les inventeurs de ces divers symptômes attribués à telle ou telle forme de maladie, c'est que jamais ce jeune homme n'a eu de syphilis, qu'il est d'une constitution qui exclut toute idée

d'affection scrofuleuse, et enfin que jamais il n'a été atteint d'aucune douleur rhumatismale ou arthritique.

Ce fait est le trentième peut-être qui m'a fourni l'occasion d'observer l'inanité de tous les prétendus symptômes caractéristiques de tel ou tel état général.

Quant à *l'anneau sclérotidien*, et au cercle bleuâtre ou grisâtre qui se trouve entre lui et la cornée dans certaines de ces prétendues iritis spécifiques, rappelez-vous bien, pour vous expliquer ces caractères de la maladie, ce que nous avons dit à l'occasion du mode de distribution des vaisseaux dans l'œil. Ces artères, vous le savez, sont de deux ordres, les unes musculaires qui se perdent en partie dans les muscles et dans la conjonctive, et traversent aussi en certain nombre sous forme de ramuscules, la sclérotique dans son quart antérieur pour s'anastomoser avec les vaisseaux internes. Les autres, les ciliaires courtes et longues, rampant à la surface externe de la choroïde, viennent jusqu'auprès des procès ciliaires avant de se classer en trois groupes. L'un pénètre la sclérotique de dedans en dehors, pour s'anastomoser avec les précédentes et alimenter la cornée; le second se ramifie et se termine dans le cercle et dans les procès ciliaires, pendant que le troisième se replie en dedans pour former, par ses subdivisions infinies, le réseau artériel de l'iris. Avec une semblable disposition, on conçoit très bien que dans l'iritis aiguë il existe un anneau vasculaire autour de la cornée, c'est *l'anneau sclérotidien ou péricornéal* en un mot. Si l'inflammation porte plus particulièrement sur les couches postérieures de l'iris, et si elle retentit d'une manière quelconque dans la choroïde, l'anneau sera moins vif, et séparé de la cornée par un liseré gris plus large que dans l'autre cas; enfin le liseré cornéal manquera si l'iritis s'est étendue jusque à la chambre antérieure, ou se complique de kératite et de l'inflammation de la membrane de *Descemet*. Il en résulte enfin, que le cercle gris ou bleu, le cercle arthri-

tique des Allemands en un mot, indiquera tout simplement que l'iris n'a pas encore réagi comme inflammation sur aucune des lames de la cornée.

Iritis syphilitique. Cette inflammation spécifique est réelle. Je l'admets comme étant parfaitement démontrée. En effet, la maladie vénérienne imprime généralement aux tissus qu'elle affecte des caractères si tranchés, qu'on peut sans difficulté admettre qu'elle puisse se fixer dans l'iris de manière à y être facilement reconnue. L'ophthalmie syphilitique, toutefois, ne doit pas être admise dans l'iris seulement, comme le pensent quelques auteurs. La conjonctive, la cornée et les autres membranes de l'œil peuvent, ainsi que les paupières, être modifiées d'une manière notable par le principe vénérien. Voici les symptômes que présente l'iritis syphilitique : l'iris offre une teinte cuivrée, ayant quelque chose d'analogue aux syphilides du derme ; son tissu se gonfle et prend un aspect tomenteux; sa face antérieure est veloutée et comme inégale; la pupille devient irrégulière et prend des formes variées et non pas toujours les mêmes. On aperçoit en outre à la petite circonférence de l'iris de petites franges, de petits flocons de couleur roussâtre nommés *condylomes* par *Beer* et *cristagalli* par *Muller.* Ce sont des signes assez certains de l'iris syphilitique. Quant aux végétations ou petits polypes qu'on a observés au fond de la chambre antérieure, ils ne fournissent rien de bien concluant; ce n'est guère que dans l'iritis chronique qu'on les aperçoit, et il n'est pas sûr que ce soient des symptômes exclusivement propres à l'iritis syphilitique. Ces petites masses polypiformes pourraient bien n'être, en définitive, que d'anciennes concrétions fibrineuses ou plastiques vascularisées par suite d'une inflammation assez vive. A ces symptômes s'en joignent encore d'autres qui accompagnent ordinairement les autres espèces d'iritis, comme le trouble prononcé de l'humeur aqueuse, la vascularisation plus ou moins

marquée des autres membranes de l'œil. La vision est dérangée. Si le cercle sclérotidien est souvent, comme l'affirme *Weller*, d'un rouge pâle et briqueté, il est vrai que très souvent aussi il est d'un rouge vif. Il n'est pas exact non plus de dire que dans l'iritis syphilitique il s'avance jusqu'au niveau de la cornée sans le dépasser. Ce signe n'est pas propre à l'iritis syphilitique seulement. Ainsi vous voyez, Messieurs, que la question de l'iritis syphilitique n'est pas encore aussi claire qu'on le dit, et que pour distinguer cette inflammation spécifique des autres, le signe qui a le plus de valeur, c'est la teinte rouge cuivrée, ou jaune quand elle s'accompagne de douleurs ostéocopes au front, aux membres avec exacerbation nocturne de ces douleurs.

L'iritis syphilitique doit être classée parmi les affections syphilitiques secondaires. Elle réclame le traitement anti-syphilitique général, sans négliger cependant l'emploi des moyens locaux. Si le sujet est fort et pléthorique et que la maladie soit aiguë, on a recours d'abord aux émissions sanguines générales et locales, aux purgatifs, aux mercuriaux à hautes doses. Quant au traitement spécifique, il doit être analogue à celui des autres affections vénériennes. Je n'attends pas que l'inflammation soit passée ou à peu près pour combattre la maladie interne, je l'attaque généralement dans le principe, et j'unis le traitement anti-phlogistique au traitement spécifique. Je fais choix ordinairement, parmi les mercuriaux, du proto-iodure de mercure en pilule à la dose d'un quart de grain ou d'un demi-grain, et même d'un grain par jour; je le continue pendant six semaines consécutives. J'emploie en outre les frictions d'onguent mercuriel à la dose d'un ou deux gros chaque jour ou tous les deux jours aux tempes, sur le front, ou sur la face interne des jambes ou des cuisses. Je fais aussi usage de la belladone, comme dans le cas d'iritis simple, afin de prévenir ou détruire les adhérences.

Les uns ont vanté des topiques de nature diverse dans l'iritis syphilitique, tandis que d'autres les proscrivent et se bornent à tenir un linge fin devant les yeux. Ainsi, on a recommandé les collyres avec le cyanure de mercure à la dose d'un quart de grain dans de l'eau distillée de laurier-cerise, les collyres au sublimé à la dose d'un demi-grain ou d'un grain par once d'eau distillée. Ce dernier collyre m'a semblé généralement utile, ainsi que les lotions avec l'eau de guimauve contenant un gros de calomel par verre. Les autres collyres au laudanum, à l'acétate de plomb peuvent aussi être employés. On a aussi proposé dans cette maladie la ponction de la cornée. *MM. Wardrop, Flarer, Carron du Villards*, ont pratiqué ainsi une ou plusieurs ponctions successives et disent en avoir retiré des avantages. Je n'ai pas employé ce moyen dans le cas d'iritis et ne puis par conséquent rien vous en dire; mais je crois qu'à l'exception de quelques rares circonstances, ce moyen doit être plus nuisible qu'utile.

Je terminerai ce que j'ai à vous dire sur le traitement de l'iritis syphilitique, en vous recommandant de ne pas confondre ici deux nuances bien distinctes de la maladie, l'état aigu et l'état chronique. L'état aigu réclame impérieusement l'emploi des antiphlogistiques et celui des spécifiques le plus promptement possible : il exige même leur association presque au début. Quand c'est la nuance chronique qu'on a à traiter, il faut de suite commencer par les antivénériens.

Vous voyez, Messieurs, à quoi se réduit ma doctrine relativement aux ophthalmies spécifiques. Je les ai successivement rejetées toutes, à l'exception de l'ophthalmie syphilitique. Quant à la combinaison de ces ophthalmies entre elles de manière à former les *catarrho-rhumatismales*, les *scrofulo-catarrhales*, etc., vous pensez bien que je n'admets point une pareille manière d'envisager ce sujet, et qu'il s'agit seulement dans cette circonstance de la réunion

de l'inflammation d'un des tissus de l'œil avec celle d'un autre, comme, par exemple, d'une des variétés de la kératite avec l'iritis, de l'une ou l'autre de ces dernières avec la conjonctivite, la blépharite, etc., en un mot que vous devez, pour être dans le vrai, substituer les noms d'inflammations des divers tissus de l'œil aux dénominations spécifiques des partisans de l'école allemande.

RÉSUMÉ SUR LE TRAITEMENT DES OPHTHALMIES.

J'ai réservé pour la dernière leçon (21 avril 1838) concernant les ophthalmies ce que j'avais à vous dire sur ce qu'il y avait de général à prescrire dans le traitement de ces maladies, et à résumer ce dernier.

Il y a deux ordres de règles à rappeler dans le traitement des ophthalmies. Ces règles sont relatives aux médications et au régime hygiénique.

Il ne faut pas perdre de vue que la plupart des remèdes dont il a été question dans le traitement des ophthalmies, sont également propres à plusieurs espèces ou nuances de ces maladies. Cela est heureux, du reste, car il est rare de trouver les ophthalmies parfaitement circonscrites dans une seule des membranes de l'œil ou dans une seule des couches constituant les paupières. Ainsi rarement vous verrez une blépharite glanduleuse bien isolée, presque toujours elle est plus ou moins compliquée de la blépharite ciliaire et d'un degré plus ou moins avancé de la blépharite muqueuse : l'iritis se complique très souvent de la kératite, et cette dernière avec la conjonctivite.

Les pommades dont je vous ai cité la composition conviennent à presque toutes les nuances de la blépharite : seulement certaines cèdent plus facilement à l'action des unes qu'à celle des autres : ainsi la blépharite glanduleuse et la blépharite ciliaire ne cèdent bien, il est vrai, qu'aux pommades, mais les collyres peuvent aussi être utiles dans

ces phlegmasies. De même les pommades qui sont sans doute moins efficaces que les collyres liquides dans les conjonctivites et les kératites superficielles n'en sont pas moins utiles contre ces dernières affections en s'étendant des paupières sur la face antérieure de l'œil.

Je veux renouveler encore ici la recommandation que je vous ai déjà faite pour retirer tout le profit possible des pommades et collyres préparés suivant les formules que je vous ai indiquées, d'avoir le soin de veiller à ce que ces médicaments soient bien préparés, et ensuite de les appliquer convenablement.

Il faut renouveler souvent les pommades et les collyres, car ces préparations s'altèrent promptement. Quand on fait usage de la pommade, il faut qu'elle soit appliquée bien à nu sur les points malades; on fera tomber avec soin les croûtes qui masquent les ulcérations dans les blépharites ciliaires, car sans cette précaution les pommades ne produiraient rien. On aura soin de bien étendre la pommade sur la face muqueuse de la paupière dans les blépharites glanduleuses : on en prend gros comme une tête d'épingle, et après avoir renversé la paupière, on en frictionne avec douceur toute la face interne. On peut encore en mettre une quantité pareille dans l'angle interne de l'œil après avoir écarté les paupières, puis, après les avoir rapprochées, on engage le malade à bien remuer le globe de l'œil pour que la pommade, après être fondue, s'étende exactement sur la surface malade.

Les diverses pommades dont je vous ai donné la formule peuvent être successivement employées chez le même sujet, car souvent l'une d'entre elles réussit quand toutes les autres ont échoué; il ne faut pas être exclusif, et quand on voit qu'après l'emploi d'une pommade, pendant un certain temps, il ne s'est fait aucune modification avantageuse dans la maladie, on doit passer à une autre.

Quant aux collyres, il y en a de plusieurs classes. Les

uns sont faibles et peu actifs : tels sont les collyres à l'infusion de mélilot, de plantain, de fenouil, etc. On peut s'en servir en lotions sur le globe de l'œil, en bains locaux que l'on fait prendre dans des œillères. Il en est de même des collyres adoucissants, à l'eau de guimauve, de lin, ou des collyres qu'on rend résolutifs à l'aide de quelques gouttes de sous-acétate de plomb liquide; ou calmants, à l'aide de laudanum. Mais quand vous faites usage des collyres au nitrate d'argent, au sulfate de zinc, de fer ou de cuivre, il ne faut plus y aller aussi largement. On ne donnera plus de bains locaux, on ne fera plus de lotions avec eux, on en instillera seulement quelques gouttes entre les paupières, deux, trois ou quatre fois par jour, suivant les cas. Ce liquide doit être bien placé entre les paupières écartées, et il faut qu'il touche le globe de l'œil. Cette instillation est quelquefois très difficile, aussi le chirurgien doit-il s'en charger lui-même. Les enfants et les personnes indociles ou craintives contractent quelquefois tellement leurs paupières, qu'il est tout à fait impossible de rien introduire entre elles. Dans les efforts que l'on fait pour y parvenir, les cartilages tarses se renversent et la face interne des paupières se présente en avant. On se contente alors, faute de mieux, de lotionner cette face interne avec les collyres indiqués, et on remplit en partie le but qu'on se propose.

Les collyres doivent également être renouvelés très souvent, car ils se décomposent très vite. Celui qui est fait avec le nitrate d'argent est surtout dans ce cas. L'air et la lumière l'altèrent avec une grande promptitude ; aussi faut-il qu'ils soient dans des bouteilles bouchées à l'émeri faites en verre noir ou bleu, ou bien recouvertes avec un papier de couleur foncée que l'on colle dessus. Je vous rappellerai ici ce que je vous ai déjà dit plusieurs fois dans le cours de ces leçons. C'est que ces collyres actifs semblent souvent, dans les premiers jours de leur usage, augmenter

les ophthalmies au lieu de les diminuer; il ne faut pas vous effrayer de cette irritation artificielle. Vous suspendrez au bout de trois, quatre ou cinq jours ces collyres, et vous verrez alors l'irritation morbide modifiée. Dans le cas contraire, et après avoir de nouveau essayé les mêmes collyres, si vous vous apercevez que l'inflammation, au lieu de diminuer, va en s'accroissant, il faudra changer ce collyre et faire usage d'un autre. On doit, du reste, commencer l'emploi des médicaments actifs, tels que le nitrate d'argent, par de très petites doses, un grain, un demi-grain, et successivement accroître, suivant les circonstances, cette dose de manière à la porter à dix, et même à douze grains. Quand on croit devoir en cesser l'emploi il ne le faut qu'en employant des doses successivement décroissantes et dans les mêmes proportions.

Les collyres secs sont généralement employés par insufflation. C'est une mauvaise manière; il vaut mieux, après avoir écarté les paupières, en déposer une petite pincée sur le globe de l'œil; on en met ainsi davantage que par l'insufflation. On laisse ensuite les paupières se fermer, et on engage le malade à remuer le globe de l'œil, de telle sorte que la poudre puisse bien s'étendre à sa surface.

On emploie les collyres secs comme les pommades et les liquides, en augmentant et en diminuant graduellement les doses des substances actives, et en suspendant et en reprenant alternativement l'usage, pour constater l'effet réel qu'ils ont pu produire.

Moyens généraux. Je ne vous dirai rien maintenant de l'emploi des saignées, des purgatifs, des révulsifs, etc. Nous avons traité ce point assez longuement. Je fixerai seulement votre attention sur quelques moyens hygiéniques.

Le repos et la cessation de l'action des causes générales qui ont pu amener les ophthalmies, suffisent souvent seules pour dissiper ces maladies. Vous pouvez en avoir la preuve

dans cet hôpital. Des ouvriers y entrent pour se faire traiter d'ophthalmies, qui se dissipent presque seules et sans qu'on leur oppose un traitement actif. Aussi ai-je bien soin de tenir compte de cette circonstance, et quand la maladie ne présente rien de bien grave, je laisse les sujets deux ou trois jours sans leur administrer aucun traitement, et souvent ils guérissent très bien. De cette remarque que j'ai souvent faite, Messieurs, nous tirerons cette conclusion qu'il suffit souvent de changer les habitudes des malades pour les guérir.

Les rapports de l'œil avec la lumière méritent toute votre attention; je voudrais bien déraciner cette vieille habitude qu'on a de soustraire complètement l'œil à la lumière, quand il est atteint d'ophthalmie, et de le couvrir avec des bandeaux, des compresses, etc. Cette pratique est mauvaise. Cela rend l'œil plus sensible à la lumière, lorsqu'on l'y expose de nouveau. Pour diminuer la photophobie, il ne faut pas tenir les yeux trop longtemps cachés. Je ne veux pas dire pour cela qu'il faille exposer les yeux au grand air, et leur faire fixer le soleil; je voudrais seulement qu'on les exposât à une lumière douce. On les y habitue peu à peu, et au bout de deux ou trois jours, on voit les malades qui se tenaient les yeux cachés sous leur couverture, tant ils redoutaient la lumière, on les voit, dis-je, déjà beaucoup mieux sous ce rapport. Tout ce qu'on peut faire, dans le cas où la crainte de la lumière est trop vive, c'est de mettre au devant de l'œil un bandeau de linge, ou de soie verte ou noire, très légèrement serré, ou mieux encore un simple rideau flottant au devant de lui, afin de ne pas le comprimer et de ne pas le forcer à rester toujours fermé. On peut encore faire usage de lunettes colorées en bleu ou en vert, et qui ont sur les côtés de petits rideaux en étoffe de même couleur.

Quant au régime à imposer aux malades dans le cours des ophthalmies, il est celui des inflammations, mais seu-

lement des inflammations circonscrites. Il ne doit donc pas être trop sévère, à moins toutefois que l'état général ne l'exige. Quand l'inflammation est très violente, et surtout quand il y a ophthalmite, le malade devra être soumis à toute la rigueur du traitement des phlegmasies graves.

—

ARTICLE II.

HYDROCÈLES DE LA TUNIQUE VAGINALE.

—

Considérations générales.

Une des maladies les plus communes que nous ayons à traiter, et pour laquelle nous pratiquons le plus souvent une opération dans cet amphithéâtre, c'est sans contredit l'hydrocèle chronique de la tunique vaginale.

Vous seriez dans une grande erreur, Messieurs, si vous pensiez que tout a été dit sur cette maladie, et que vous devez vous contenter des détails que vous trouverez à son sujet dans vos auteurs classiques. Persuadé du contraire, j'ai depuis longtemps fixé mon attention sur ce point de la pathologie, et je crois pouvoir avancer avec certitude qu'il y a d'importantes additions à faire au chapitre de l'hydrocèle en ce qui concerne ses divisions et son diagnostic différentiel. Je puis en outre affirmer qu'il y a des modifications avantageuses à apporter au traitement de cette maladie.

L'hydrocèle des bourses comprend deux genres : l'hydrocèle par infiltration et l'hydrocèle par épanchement dans la tunique vaginale. Je ne vous parlerai que de cette dernière.

L'hydrocèle par épanchement dans la tunique vaginale consiste dans l'accumulation de la sérosité dans la cavité séreuse qui entoure le testicule. L'hydrocèle est aiguë ou chronique.

HYDROCÈLE AIGUE DE LA TUNIQUE VAGINALE.

C'est l'hydrocèle qui se développe dans l'espace de quelques jours, et qui s'accompagne de symptômes inflammatoires dans le scrotum. Les auteurs ont peu parlé de cette maladie; elle est cependant assez fréquente. Elle peut être causée par toute espèce de violences extérieures : les coups, les chutes sur cette partie du corps. Les tentatives répétées et prolongées de réduction de hernie peuvent aussi la produire, j'en ai vu plusieurs exemples. L'opération de la hernie étranglée la produit quelquefois. Je l'ai vue déterminée trois fois par cette opération. Le seul fait de la hernie la détermine également. Il en est de même de toute espèce de phlegmasie dans les membranes du scrotum; mais ce sont les maladies des testicules qui en sont ordinairement la cause. L'orchite aiguë la produit toujours. Dans l'orchite blennorrhagique, par exemple, il y a toujours hydrocèle aiguë. Étant la plus fréquente, cette maladie va nous servir de type. Quelques chirurgiens en avaient déjà fait mention, mais personne, je crois, n'avait, avant M. *Rochoux*, soutenu que dans l'orchite blennorrhagique la tumeur était formée par un épanchement péri-testiculaire produit par l'inflammation de la tunique vaginale, et que l'épididyme et le testicule n'entraient pour rien ou presque pour rien dans le gonflement qui caractérise cette maladie. Je suis loin de partager cette opinion : j'ai cherché depuis longtemps, soit à l'hôpital de la Pitié, soit dans cet établissement à préciser l'état anatomique de la tumeur, et j'ai acquis la conviction par des observations faites avec soin sur plus de cent malades, que dans l'orchite blennorrhagique le gonflement porte presque exclusivement sur l'épididyme ou le canal déférent dans le principe, puis, qu'il gagne les membranes du scrotum et le testicule, et que la sérosité concourt à former ce gonflement dans un grand

nombre de cas. *M. Rochoux* s'est assurément trompé en affirmant que l'hydrocèle était presque tout dans l'orchite blennorrhagique. L'épididyme et le testicule lui-même forment tantôt le tiers, tantôt la moitié, ou les deux tiers de la tumeur. Les tuniques enflammées du scrotum contribuent aussi à sa formation, et enfin la sérosité forme le reste ; quelquefois même il n'y en a presque pas, et elle ne forme qu'une couche extrêmement mince, de l'épaisseur d'une ligne ou deux tout au plus autour du testicule. Dans d'autres circonstances, la sérosité forme la moitié ou les deux tiers de la tumeur, mais le plus ordinairement elle n'entre dans sa formation que dans la proportion d'un sixième ou d'un quart. L'erreur de *M. Rochoux* et des personnes qui partagent son opinion provient de ce que dans l'orchite aiguë le testicule et l'épididyme, ont un volume et une consistance proportionnelles tout à fait différentes de celles qu'ils ont dans l'état sain. Le testicule naturellement mou et spongieux et renfermé dans une coque fibreuse épaisse, est boursouflé et raréfié par le gonflement, il se place alors au devant de l'épididyme, l'encadre en quelque sorte et donne facilement à l'explorateur la sensation d'une collection de liquide. L'épididyme gonflée, d'une dureté considérable, ayant la forme d'un œuf aplati sur la face antérieure, donne au testicule l'aspect d'une bosselure fluctuante qui contraste avec la dureté de l'épididyme, c'est ce qui fait croire encore plus à la présence d'un liquide abondant, épanché dans la tunique vaginale. J'ai été très souvent trompé par cette disposition des parties, et j'ai vu une foule de praticiens très habiles s'y tromper aussi ; il est possible néanmoins d'éviter l'erreur. Voici le résultat de mes observations à cet égard. Lorsque la sérosité est en assez grande quantité, on en peut constater la transparence comme lorsqu'il y a une hydrocèle chronique. Cette transparence peut être observée jusque au septième ou au huitième jour. Si la couche de sérosité est peu épaisse au con-

traire, il n'y a pas de transparence. Ce n'est pas parce que la sérosité est trouble, rouge ou chargée de flocons albumineux, car elle n'est que rosée, mais c'est parce que le testicule s'oppose au passage de la lumière. Si on saisit le testicule au dessous et par sa racine entre deux doigts, et qu'on appuie les pouces sur les deux extrémités de sa face antérieure, il arrivera de deux choses l'une : 1° la pression un peu brusque donnera la sensation d'une lame qui s'enfonce d'abord dans une cavité, et qui est bientôt arrêtée par une surface ferme et régulière, l'autre doigt sentira en même temps une ondulation qui vient le contourner ou le soulever : alors on pourra conclure que la tunique vaginale contient un liquide, surtout si les mêmes phénomènes sont produits par une pression perpendiculaire sur le devant de la tumeur, et si la fluctuation se prolonge sur les côtés de l'épididyme. 2° Les mêmes pressions constatent l'épaississement, l'empâtement des enveloppes scrotales, puis rencontrent plus profondément une résistance moindre. Ici les doigts donnent l'idée d'un kyste, d'une fluctuation sourde, semblable à celle des dépôts sanguins; mais cette fluctuation ne comprend qu'une bosselure, que la moitié antérieure de la tumeur, sans s'épanouir sur les côtés de l'épididyme. En pressant un peu plus fort, on cause cette douleur si vive qui n'appartient qu'au testicule, et qui est caractéristique. Dans ce cas, on peut conclure qu'il n'y a pas ou qu'il y a seulement très peu de liquide; c'est la substance du testicule qui en impose pour de la fluctuation. En résumé, lorsqu'il y a de la sérosité en quantité notable dans la tunique vaginale, on sent que la paroi externe du kyste n'est arrêtée par le testicule qu'après avoir traversé, en le déprimant, une espèce de vide, de cavité, de milieu manifestement moins résistant que les autres. Cette même sensation existe sur les côtés et sur le devant de la tumeur, parce que la tunique vaginale enveloppe l'épididyme comme le testicule jusqu'à sa racine. Quand il y a beaucoup de

liquide, cette sensation n'est plus éprouvée ; mais alors on n'a plus aucune espèce de doute sur la présence de ce dernier. S'il y avait des adhérences anciennes dans la tunique vaginale, on pourrait ne point sentir la présence du liquide sur les côtés comme sur le devant de la tumeur; mais elle n'en serait que plus évidente en avant. Enfin, si on n'éprouve cette sensation ni en avant ni sur les côtés, et qu'en même temps il n'existe point de transparence de la tumeur, c'est qu'il n'y a point d'épanchement dans la tunique vaginale; tous les autres signes qui pourraient y faire croire, sont illusoires. Pour obtenir une conviction entière à ce sujet, j'ai fait une ponction dans la tumeur avec une lancette, et quand les signes que j'ai indiqués plus haut manquaient, il ne s'est point trouvé de sérosité dans la tunique vaginale. J'ai répété bien souvent en votre présence cette expérience, et vous avez pu vous convaincre de la vérité de ce que je vous avance. Cette question du testicule vénérien est donc jugée pour moi : c'est une orchite quelquefois accompagnée d'épanchement dans la tunique vaginale; mais ce n'est pas, comme le veut M. *Rochoux*, une inflammation de la tunique vaginale accompagnée quelquefois d'orchite. Au surplus, cet épanchement se montre tantôt au début, tantôt à la fin de l'orchite; son existence peut être constatée dès le troisième ou le quatrième jour.

Le pronostic de l'hydrocèle aiguë n'est pas grave, elle guérit en même temps que l'orchite. Quelquefois cependant elle passe à l'état chronique. Dans certains cas rares à la vérité, la maladie se termine par suppuration. J'en ai observé deux exemples, l'un en 1834, l'autre en 1836.

Ne constituant qu'un épiphénomène dans l'orchite, elle ne réclame pas de traitement particulier, mais quand elle se maintient après la guérison complète ou incomplète de l'orchite, il faut s'en occuper d'une manière spéciale. Les compresses trempées dans de l'eau de saturne et souvent

renouvellées, l'ont quelquefois guérie ; il en est de même des frictions avec l'onguent mercuriel, la pommade à l'hydriodate de potasse ou à l'iodure de plomb. On a réussi également avec des fomentations faites avec une solution de quatre gros de sel ammoniac par livre d'eau, ou de vin rouge. On a aussi vanté dans les mêmes circonstances la solution étendue d'iode. Le résolutif le meilleur dont j'ai fait emploi est le vésicatoire. *Dupuytren* en a fait usage dans les mêmes circonstances, mais il ne le prescrivait que petit, tandis que je lui donne une dimension suffisante pour envelopper toute la partie distendue du scrotum. Je ne le fais pas suppurer, et lorsqu'il est séché, j'en réapplique un second, puis un troisième, ainsi de suite pendant l'espace d'un mois. Dans l'intervalle d'un vésicatoire à l'autre, je donne ordinairement un bain. Si au bout d'un mois, on n'a pas obtenu la guérison, il faut cesser ce genre de traitement et s'occuper de la maladie comme s'il s'agissait d'un hydrocèle chronique.

Avant de terminer ce qui concerne l'orchite blennorrhagique et l'hydrocèle aiguë qui l'accompagne, je dois vous dire quelques mots de la ponction de la tumeur. C'est un moyen que j'avais employé pour m'assurer de l'existence ou de l'absence de la sérosité dans la tunique vaginale; je faisais ces ponctions avec la pointe de la lancette. Loin d'avoir les inconvénients qu'on pourrait redouter d'abord de leur emploi, elles paraissent favorables à la résolution de la maladie. Les malades sont soulagés, quelque petite que soit la quantité de liquide évacuée et même lorsqu'il n'y en a pas du tout; la guérison de la maladie est accélérée de la manière la plus évidente. Depuis que j'ai répété un grand nombre de fois cette observation, j'emploie les piqûres du scrotum, non plus comme moyen explorateur, mais comme moyen curatif, et je m'en trouve bien. Je crois que ce moyen né du hasard comme tant d'autres, pourra rester dans la pratique, car il me semble très utile

et chaque jour vous pourrez vérifier cette assertion en suivant le mouvement des salles.

§ II Hydrocèle chronique de la tunique vaginale.

C'est l'hydrocèle proprement dite. Elle est rare chez les enfants. Elle est fort commune au contraire chez l'adulte. Elle reconnait pour causes toutes les irritations portées sur le scrotum : la marche, l'équitation, tous les genres de froissement par les cuisses ou par d'autres corps extérieurs. La compression du cordon en est une cause assez fréquente. Les recherches nouvelles qui ont été faits sur le canal inguinal, prouvent que les deux ouvertures du canal inguinal, et le canal inguinal lui-même, peuvent être comprimés par l'action des muscles du bas ventre. C'est comme cela qu'on peut expliquer que des individus qui se livrent à des travaux qui exigent beaucoup d'efforts, sont atteints plus que d'autres d'hydrocèles ; ces efforts faisant contracter les muscles de l'abdomen et le diaphragme, ceux-ci réagissent sur les viscères et de là sur les canaux vasculaires dans lesquels la circulation se trouve génée. Les mêmes effets sont produits par une tumeur dans la fosse iliaque, une hernie inguinale, un bandage herniaire. Mais la cause la plus fréquente des hydrocèles réside dans le testicule lui-même. La plupart des malades ont eu ordinairement une orchite avant d'être atteints d'hydrocèle. Exclusivement occupés de l'inflammation du testicule, les malades atteints d'orchite s'imaginent être complètement guéris, quand ils n'éprouvent plus de douleurs, et quand l'engorgement du scrotum est considérablement diminué. Cet état de chose dure ainsi plusieurs mois. l'irritation chronique qui existe dans le testicule active peu à peu l'exhalation dans la tunique vaginale, et l'hydrocèle se forme sourdement sans que le malade s'en aperçoive, et sans qu'il se souvienne de la cause qui peut déterminer son mal ;

aussi rien n'est plus commun que de trouver dans un hydrocèle, très simple en apparence, un testicule hypertrophié et présentant un volume double et triple même de celui qu'il doit offrir dans son état naturel.

Les lésions anatomiques qu'on observe dans l'hydrocèle varient suivant l'ancienneté de la maladie. Elles se rapportent à la matière épanchée, au testicule et aux membranes qui l'enveloppent. *La matière* contenue dans l'hydrocèle est le plus ordinairement de la sérosité pure, d'une teinte légèrement citronée; comme dans l'ascite, des flocons albumineux s'y trouvent souvent suspendus; quelquefois elle est lactescente. Dans certains cas, elle est d'un vert clair ou très foncé. M. Rostock qui a fait l'analyse de cette sérosité verte y a constaté l'existence de paillettes brillantes dont il n'a pas pu déterminer la nature. On trouve souvent dans le liquide de l'hydrocèle, des concrétions tantôt libres, tantôt adhérentes, formées par une matière friable, comme graisseuse, micacée, ou en grumeaux, d'apparence fibrineuse ou cartilagineuse. Je crois que ces concrétions résultent d'anciens épanchements sanguins, ou de masses albumineuses dégénérées. Quand le liquide est brun, noirâtre, ou de couleur chocolat, je crois qu'il s'agit d'une ancienne hématocèle, et non pas d'une hydrocèle, en un mot, quand le liquide n'est pas jaunâtre, citronné, verdâtre ou blanchâtre, c'est qu'il y a un mélange d'une certaine quantité de sang qui a été dénaturé, décomposé, et qui est rendu méconnaissable. Le sang, ainsi épanché dans la tunique vaginale, y détermine encore des plaques, des brides plus ou moins consistantes, de nature comme cartilagineuse, et qui forment des couches plus ou moins épaisses, qui doublent la face interne de la membrane d'une manière plus ou moins inégale. Le liquide purement séreux y produit des fausses membranes albumineuses plus ou moins épaisses, mais elles sont rares; celles-ci dépendent de l'hydrocèle. On les distingue des

produits de l'hématocèle en ce qu'elles s'organisent dans la tunique vaginale, comme celles qu'on observe dans la plèvre à la suite des pleurésies, ou bien se confondent avec la tunique vaginale d'une manière si intime qu'il est impossible de les en séparer. Les concrétions fibrineuses, au contraire, sont très faciles à détacher de la face interne de la tunique vaginale : ce sont elles qui transforment quelquefois cette poche en un kyste épais, dur et comme fibro-cartilagineux. Néanmoins, la tunique vaginale elle-même et ses enveloppes immédiates peuvent, en s'épaississant et se confondant, contribuer à la formation de cette coque si considérable qui constitue certaines hydrocèles. Dans l'hydrocèle, quelque volumineuse qu'elle soit, la peau n'est que légèrement amincie, parce que la tumeur en emprunte aux parties voisines; les tissus sous-jacents sont dans le même cas. Ainsi, le fascia superficialis se distend et se déplace; le dartos, qui vient ensuite, s'amincit quelquefois : dans d'autres cas, il devient plus fort, et revêt un aspect musculaire assez prononcé; le fascia sous-cutané profond de l'abdomen, la gaîne en sautoir, la gaîne de l'anneau qui le sépare du crémaster, sont ordinairement éraillés, amincis et méconnaissables; le muscle crémaster est lui-même dénaturé, aminci, réduit en partie ou en totalité à l'état de feuillet fibreux : dans d'autres circonstances il est très épaissi; le prolongement des fascias intermusculaires, du fascia transversalis et du fascia propria, étalés à la surface de la tunique vaginale, au dessous du crémaster, sont aussi éraillés et épaissis d'espace en espace, infiltrés ou transformés en tissu lardacé. Les bosselures et les renflements que présente quelquefois la tumeur sont dus à ce que les fibres du dartos, du prolongement de l'anneau et du crémaster se sont laissé allonger ou écarter par la tunique vaginale distendue. D'ailleurs, ces diverses membranes ne sont altérées que mécaniquement, et elles ne présentent aucun travail pathologique.

Le testicule se présente, dans l'hydrocèle, sous des états très différents. Si la maladie a débuté par la tunique vaginale, le testicule ne présente d'autre altération qu'un affaissement, un aplatissement, une véritable atrophie; si au contraire c'est l'orchite qui est l'origine de la maladie, il offre une augmentation variable dans son volume. L'épididyme, dur et bosselé, se prolonge par en haut, par en bas et de chaque côté, et dépasse le testicule : il y a une véritable hypertrophie de ces parties; souvent de petits noyaux durs et blanchâtres, de vrais kystes, existent à la surface du testicule et de l'épididyme, ou se développent dans l'épaisseur de la tunique albuginée. Ces kystes peuvent acquérir un volume considérable : j'en ai vu de la grosseur d'une noix; ils peuvent être en nombre plus ou moins considérable; quand ils existent, la tunique vaginale a ordinairement contracté diverses adhérences sous forme de brides qui divisent sa cavité en plusieurs loges : il est assez commun de rencontrer cette disposition.

Le cordon présente aussi quelque chose digne d'être notée. Ainsi, il est comme décomposé par l'écartement de ses parties constituantes. Sous tous les autres rapports il est sain; les artères et les veines du scrotum sont presque toujours assez fortement dilatées.

La forme de la tumeur est variable. Toutefois on remarque qu'elle offre presque toujours une espèce d'étranglement transversal vers le milieu de sa longueur, principalement en avant, ce qui lui donne l'aspect d'une calebasse: ainsi coudée sur sa face antérieure, elle est plus longue que large. Quelquefois cependant, elle est réniforme ou comme refoulée sur elle-même et singulièrement agrandie dans son diamètre transversal. Souvent elle offre des bosselures dans divers points, en haut, en bas, en dehors, en dedans. Cela tient à ce que les enveloppes du scrotum se sont laissé érailler et distendre d'une manière inégale par la tunique vaginale remplie de liquide. Quelquefois la tu-

meur conserve la forme d'une sphère, régulière ou bosselée jusque dans son développement le plus extrême. Dans certains cas le sommet est en bas, et la base en haut. Mais c'est ordinairement le contraire.

La transparence de la tumeur a été regardée comme le signe pathognomonique le plus certain de l'hydrocèle. Il ne faut cependant pas compter d'une manière trop absolue sur ce signe. Ainsi, par exemple, une simple infiltration séreuse dans le tissu cellulaire interposé entre les diverses membranes du scrotum, surtout chez les enfants, chez les sujets maigres, et dont la peau est très mince, peut en imposer; la main placée trop obliquement, les doigts trop peu serrés, la lumière ou l'œil mal disposé, peuvent donner l'idée de la transparence, en rejetant les rayons lumineux sur les parois de la tumeur. Cette transparence manque, lorsque la sérosité contenue dans la tunique vaginale n'est pas pure, qu'il s'y est mêlé du sang, que la matière épanchée est de couleur chocolat, lie de vin, ou lactescente, trouble, ou d'un vert foncé. Elle manque encore, lorsque les membranes du kyste sont épaissies, altérées, devenues lardacées, ou comme cartilagineuses, que la tunique vaginale est tapissée à sa face interne par des plaques ou concrétions fibrineuses, ou albumineuses, plus ou moins épaisses. Le défaut de transparence indique toujours soit une altération profonde dans les parois du kyste, soit un liquide opaque, ce qui range la maladie dans la classe des hydrocèles compliquées. La maladie n'est même le plus ordinairement dans ces cas qu'une hématocèle. En effet lorsque du sang s'épanche dans la tunique vaginale, il finit, au bout d'un certain temps, par se dénaturer, et produit ces matières de couleur variées dont nous avons parlé, lie de vin ou chocolat, les concrétions fibrineuses, les plaques, les brides et les plaques cartilagineuses. D'autres fois la matière fibrineuse et la matière colorante sont résorbées; il ne reste plus que la sérosité du sang contenue dans

une coque dure et épaissie. Dans l'un et l'autre cas il n'y a point de transparence. Chez d'autres malades il se passe des phénomènes différents. La transparence de la tumeur qui existait dans les premiers temps disparaît et revient alternativement; dans certains cas elle finit par disparaître tout à fait et ne plus revenir. Cela vient de la présence d'une certaine quantité de sang qui s'exhale ou s'épanche au milieu d'une hydrocèle plus ou moins ancienne, et en trouble la transparence; si la matière fibrineuse et la matière colorante sont résorbées, la transparence reparaît; dans le cas contraire, l'opacité persiste. J'ai observé plusieurs fois ce phénomène. M. *Bérard* aîné l'a également constaté. Une disposition anatomique particulière du cordon spermatique et du testicule peut diminuer ou masquer jusqu'à un certain point la transparence de la tumeur. Le testicule se trouve presque toujours refoulé en dedans, en bas et arrière, mais souvent il se trouve en avant, en dehors, ou directement en dedans. Alors, s'il se trouve placé entre l'œil et la lumière, il peut masquer la transparence si on fait un examen trop rapide. Si le testicule et l'épididyme sont gonflés, l'erreur est encore plus facile.

L'hydrocèle peut être confondue avec un grand nombre de maladies, d'abord, avec celles qui siègent dans le testicule lui-même, et avec d'autres qui lui sont tout à fait étrangères, telles que les hernies, les kystes, les tumeurs graisseuses, etc.

L'hypertrophie du testicule, par suite de l'inflammation chronique ou par excès de nutrition, donne naissance à une tumeur régulière et indolente; mais son peu de volume, son poids, sa densité, l'absence de la transparence et de la fluctuation, la distinguent suffisamment de l'hydrocèle.

Le *testicule tuberculeux* présente des bosselures, des inégalités dures, un développement peu considérable d'ailleurs, et souvent des douleurs sourdes qui ne s'offrent

pas dans l'hydrocèle. Il en est de même du squirrhe qui est accompagné d'élancements plus ou moins forts et douloureux. Le testicule vénérien atteint rarement un volume plus considérable que celui d'un œuf d'oie; d'ailleurs il est douloureux, ce qui n'a pas lieu dans l'hydrocèle.

La *dégénérescence encéphaloïde du testicule* peut en imposer plus facilement pour une hydrocèle chronique. Le développement qu'il acquiert, tantôt avec lenteur, tantôt avec rapidité, sans causer de souffrances, sans porter la moindre atteinte visible à la santé générale, la régularité de sa forme, ou l'étendue de ses bosselures chez certains sujets, l'élasticité de son enveloppe principale, les apparences de fluctuation, dont il est le siége, tout se réunit, dans certains cas, pour tromper le praticien le plus exercé. Si rien ne ressemble plus à une hydrocèle encore peu volumineuse comme un testicule sain soutenu par un épididyme hypertrophié, rien non plus ne ressemble à une hydrocèle plus avancée comme une masse encéphaloïde ramollie. La tumeur, dans ce dernier cas, est quelquefois tellement indolente et si complétement fluctuante en apparence; la masse qui la supporte en arrière ressemble d'une manière si parfaite à l'épididyme engorgé, qu'il est très facile de s'y tromper. J'ai observé un fait de ce genre dans cet hôpital il y a peu de temps. Le tissu cérébriforme qui composait la tumeur était mou, fongueux et comme liquéfié dans le testicule, tandis qu'il était encore à l'état de crudité dans l'épididyme. Toutefois il serait possible de distinguer encore l'hydrocèle de la dégénérescence encéphaloïde du testicule, en songeant qu'il existe dans cette dernière affection des bosselures solides ailleurs qu'à la place de l'épididyme, bosselures qui ne sont ni le testicule ni l'épididyme, que la fluctuation n'est pas en rapport avec la mollesse des points en apparence liquéfiés, qu'il n'y a point de transparence. Si le testicule est véritablement désorganisé, la pression avec les doigts ne produira pas cette douleur

accablante, énervante, que fait naître la moindre contusion de cet organe dans son état naturel : dans l'hydrocèle, au contraire, on finit toujours par arriver au testicule et faire naître cette douleur sur quelque point.

L'*hématocèle* est la maladie que l'on confond le plus ordinairement avec l'hydrocèle. Une foule d'observations rapportées par les auteurs comme des cas d'hydrocèle, appartiennent très certainement à l'hématocèle, dont l'histoire est, du reste, entièrement à refaire. Toutes les fois qu'il s'agit d'une matière de couleur rouge, brune, noire, chocolat, lie de vin, il est évident qu'il s'agit d'une hématocèle. Il en est de même des exemples ou le liquide, quoique réellement fluide et simplement jaunâtre, est en petite quantité dans une tunique vaginale très épaisse, comme fibro-cartilagineuse, et présentant des plaques ou des couches de matière friable et superposée. Par cela seul qu'une tumeur du scrotum ayant la même forme, le même volume, la même régularité, la même insensibilité que l'hydrocèle, offre une pesanteur plus considérable, un défaut absolu de transparence et une consistance comme fibreuse, il est permis d'affirmer si elle est étrangère au testicule qu'il s'agit d'une hématocèle. On dissipera tous les doutes, lorsque par une exploration attentive, on aura trouvé le testicule plus ou moins aplati et fixe sur un point de la périphérie du kyste. On n'oubliera pas toutefois que dans cette maladie comme dans l'hydrocèle, le testicule qui est ordinairement retenu en arrière et en dedans, se trouve quelquefois en avant, en dehors, ou en bas.

L'hydrocèle chronique est une maladie qui ne guérit jamais seule, ou du moins cela est extrêmement rare. Pour ma part, je n'ai jamais vu qu'un seul exemple de guérison spontanée de l'hydrocèle. C'était sur un enfant âgé de sept ans. La tumeur avait le volume d'un œuf de poule et existait depuis quinze mois. Elle disparut seule et complétement en dix

jours. Un mois après je constatai que la maladie recommençait de nouveau.

On a rapporté des exemples de rupture du kyste par une violence extérieure quelconque, un effort considérable, un coup, une chute, rupture à la suite de laquelle le liquide contenu dans la tumeur s'est infiltré dans les tissus ambians, ce qui a amené la guérison. *Bertrandi, Loder, Sabatier, Boyer, M. Krisner, M. Serre de Montpellier, M. Lacordère,* en ont rapporté plusieurs exemples; j'en ai observé un moi-même dans cet hôpital, en 1836. Dans les ruptures de la tunique vaginale, la sérosité s'infiltre soit dans le cordon et du côté du canal inguinal, soit entre les diverses lames du scrotum et jusque dans les parois du ventre. La tumeur s'affaisse et est remplacée par l'œdême des bourses ou de la verge et des parties environnantes. Cet œdême est quelquefois énorme et effraie beaucoup les malades et les médecins eux-mêmes, surtout s'il se joint à cette infiltration des ecchymoses sur la peau : ces ecchymoses pourraient faire naître la crainte de la gangrène, si on ne connaissait pas cet accident de l'hydrocèle. Un suspensoir bien appliqué, quelques résolutifs, suffisent dans ce cas pour dissiper rapidement ces symptômes. La maladie pourrait même guérir sans cela. Si le sujet est d'une bonne constitution et qu'il ne soit pas très âgé, la résorption se fait bientôt et tout rentre dans l'état normal. Mais il est très rare que cette guérison soit permanente. La maladie se reproduit au bout d'un certain temps, et avec tous les phénomènes ordinaires. Un malade de *M. Serre de Montpellier* se débarrassait par l'écrasement de sa tumeur quand elle était devenue trop gênante par son volume. La maladie se reproduisait toujours au bout d'un certain temps.

M. Costollat m'a communiqué l'observation suivante de rupture d'une hydrocèle de la tunique vaginale.

M. C , âgé de soixante et dix ans, porte depuis quinze ans une hernie inguinale gauche qu'il contient par un ban-

dage. En 1829, il s'aperçoit pour la première fois, d'un commencement d'hydrocèle de ce côté. En 1834, le volume des bourses devenant incommode, il fut question d'une cure radicale par l'injection : mais l'age avancé du sujet, une maladie manifeste du cœur et le voisinage d'une hernie y firent renoncer. J'ai pratiqué deux ponctions simples en mars 1834, et en mai 1835. Une troisième était résolue lorsque le 2 octobre dernier, M. C. s'apperçut en s'éveillant d'une diminution considérable de la poche du testicule, et d'un énorme gonflement œdémateux du pénis et surtout du prépuce qui ressemblait à une vessie pleine d'eau. Il présuma que le liquide s'était déplacé à l'occasion d'une de ces fortes pressions qu'il exerçait souvent par mégarde sur la tumeur en s'asseyant ou en se retournant dans son lit. Par des pressions souvent répétées, la tunique vaginale fut vide au bout de vingt-quatre heures, comme après une ponction régulière. M. C. voulut ensuite se débarrasser de l'œdème par une incision au prépuce, mais l'idée lui vînt de comprimer tout le pénis par des tours de bande, ce qui réussit parfaitement. Il ne me vint voir que cinq jours après cette rupture spontanée. Il ne restait plus de traces de l'œdème, mais l'épanchement dans la tunique vaginale recommençait déjà. D'après le volume actuel de la tumeur (1er janvier 1837). Il me paraît certain, ou qu'il s'épanche moins de liquide, ou qu'il s'en absorbe plus qu'à la suite des deux ponctions que j'ai pratiquées dans la tunique vaginale; ou enfin que la communication accidentelle de la cavité de cette tunique avec le tissu cellulaire sous-cutané s'est maintenue.

L'hydrocèle chronique peut être traitée de deux maniéres, radicalement ou d'une manière palliative.

La cure palliative consiste à vider par la ponction la tunique vaginale, quand la distension produite par le liquide devient trop génante; mais ce liquide se reproduisant toujours et les mêmes inconvénients reparaissant avec

lui, on est obligé de répéter cette ponction, tous les trois, quatre, cinq ou six mois plus ou moins. Quelquefois cependant la maladie guérit, mais cela est rare. Dans quelques cas à la suite d'une simple ponction, la tunique vaginale s'enflamme et suppure, un véritable abcès se forme dans sa cavité, ce qui détermine quelquefois des accidents sérieux et oblige de fendre la tumeur largement et sur divers points ; j'ai vu plusieurs faits de ce genre, chez un malade, la fièvre devint très violente, l'inflammation avait même gagnée la région iliaque, il fallut fendre longuement la tumeur sur divers points, et la détersion du foyer ne s'obtint qu'au bout de plusieurs semaines. Chez deux autres sujets dont l'hydrocèle aiguë s'était terminée par suppuration, je fus aussi obligé de fendre largement le kyste, mais la guérison fut rapide et se fit sans accidents.

La guérison radicale de l'hydrocèle chronique ne peut s'obtenir par des médications internes, et des applications topiques. L'opération actuellement préférée pour obtenir une cure radicale est si simple, si facile que lors même qu'à l'aide d'applications extérieures on parviendrait à guérir un certain nombre d'hydrocèles, elle mériterait encore sur elles la préférence.

L'opération de l'hydrocèle comprend actuellement trois méthodes, l'incision, l'excision et l'injection. Longtemps on en a suivi d'autres, telles sont les scarifications de l'intérieur du sac, sa cautérisation avec les caustiques ou le fer rouge, les tentes, les mèches, les canules, le séton, etc... S'il est positif qu'à l'aide de ces moyens on amène souvent la guérison, il est certain aussi qu'au lieu d'amener l'adhésion des surfaces, ils en déterminent souvent la suppuration, et qu'ils ne réussissent pas assez constamment pour qu'on puisse les mettre en balance avec celles que je viens de vous citer.

L'incision se fait avec un bistouri droit ou convexe, et comprend toute la paroi antérieure du kyste en procédant

de haut en bas et de dedans en dehors. Le liquide sorti, on remplit la plaie de charpie qu'on renouvelle chaque jour. La suppuration s'empare des divers points de la surface du kyste, et la cicatrisation s'effectue du fond vers les lèvres de la plaie. On obtient par ce moyen une guérison très solide : il n'est pas rare, cependant, que quelques points de la tunique vaginale, échappent à la suppuration, et ne donnent lieu par la suite à la formation de petits kystes qui permettent à la maladie de se reproduire en partie. Cette opération est du reste assez douloureuse et assez longue à guérir. La méthode de l'excision du sac est plus longue encore que l'incision à exécuter, infiniment plus douloureuse et ne forme plus qu'une méthode exceptionnelle; voulant insister particulièrement sur la méthode par injection et les modifications que j'y ai apportées, je n'entrerai pas dans des détails sur ces deux méthodes, par incision et par excision que vous trouverez d'ailleurs convenablement exposées dans vos livres classiques; je passe donc de suite au traitement par injection.

Cette méthode, sur l'origine de laquelle on retrouve des traces dans *Celse*, est positivement indiquée par *Lambert* de Marseille, dont les commentaires et les observations ont été publiées en 1677 : il y dit que la meilleure méthode à suivre dans le traitement de l'hydrocèle consiste à retirer l'eau au moyen d'une canule, afin de pouvoir enflammer ensuite le kyste en injectant par la même canule de l'eau phagédénique; il proclame même cette méthode supérieure à toutes les autres.

Tous les auteurs sont d'accord sur l'instrument à employer pour retirer le liquide de la tunique vaginale, et y introduire à sa place un autre liquide : c'est le trois-quart dont on se sert toujours pour ponctionner et évacuer la matière de l'épanchement; mais il n'en est pas de même de celui qui est destiné à irriter le kyste, à en déterminer l'inflammation et par suite l'adhésion de ses parois. *Monro*, qui attri-

bue l'invention de la méthode par injection à un chirurgien militaire nommé comme lui *Monro*, dit que ce chirurgien employait l'alcool pur ou affaibli par l'eau. Dans le même temps on employa le vin rouge. Plusieurs se contentèrent d'une solution légère de potasse caustique, d'une dissolution de sulfate de zinc; j'ai vu employer, et j'ai employé moi-même l'alcool camphré. On a tour à tour fait usage du lait, de l'eau, du liquide lui-même extrait de l'hydrocèle. Quand on songe au résultat que l'on veut obtenir, il est aisé de comprendre que ces divers liquides soient en définitive de nature à réussir quelquefois; car il s'agit tout simplement d'irriter la tunique vaginale et de faire naître une inflammation adhésive à sa surface interne : or, de l'eau froide, du vin de toutes les espèces, de l'eau-de-vie, des solutions caustiques, un liquide quelconque en un mot, de même que le bec d'une tente, d'une canule, la présence d'un corps étranger, quel qu'il soit, peuvent amener ce résultat. Le tout est de savoir lequel réussit le mieux et entraîne le moins d'inconvénients. L'expérience paraissant s'être prononcée d'une manière définitive en faveur du gros vin rouge animé d'un peu d'alcool ou dans lequel on fait bouillir des roses de Provins, je ne voyais pas la nécessité d'essayer d'autres moyens lorsque je publai la première édition de ma *Médecine opératoire*, en 1832. Je dois dire pourtant que l'alcool, rejeté par beaucoup d'auteurs, qui le croient trop irritant, ne produit guère plus d'inflammation que le vin rouge. Je l'avais même vu manquer son effet trois fois sur onze malades, tandis que le vin, que j'avais essayé dans cinquante cas environ, n'avait échoué que cinq fois. J'ai fait depuis de nouvelles expériences sur d'autres agents irritants qu'il est possible de substituer au vin : examinons d'abord l'action de celui-ci, ses bons et ses mauvais effets.

Sur quelques malades, l'inflammation acquiert son plus haut degré d'intensité dès le lendemain même de l'injection

vineuse; chez d'autres, elle n'arrive que le troisième, le quatrième, le sixième jour. En novembre 1831 j'opérai par l'injection vineuse un malade chez lequel l'inflammation ne parut que du dixième au douzième jour; le sujet était cependant jeune, impressionnable et d'une constitution nerveuse plutôt que lymphatique.

Le travail phlegmasique local, développé à la suite de l'injection vineuse est souvent accompagné d'une réaction générale intense, de fièvre, d'agitation, de soif, etc., etc. On a cité des cas d'individus chez lesquels l'inflammation s'était propagée jusqu'aux veines du cordon et avait amené la mort; mais de pareils accidents sont fort rares, il est même assez fréquent de voir l'état général n'être nullement influencé par ce qui se passe dans les bourses.

La matière qui s'épanche dans la tunique vaginale après l'opération de l'hydrocèle, offre ceci de remarquable qu'elle est molle, pâteuse ou demi-fluide, et formée, dans toute la rigueur du mot, par de la lymphe plastique; il s'y joint pourtant aussi, dans bon nombre de cas, une certaine proportion de sérosité, ou même de véritable pus. Cet épanchement continue tant que l'inflammation augmente. La résorption s'en opère ensuite par degrés, de manière que les parties puissent retrouver leur volume naturel au bout de vingt jours, un mois ou six semaines. La résorption semble quelquefois aussi s'effectuer sur les enveloppes du scrotum qui étaient plus ou moins épaisses et sur le testicule lui-même dont le gonflement est presque un accompagnement nécessaire de la maladie. Pendant que les parties les plus fluides de la matière épanchée sont résorbées, sa portion concrescible s'organise, se confond insensiblement avec les deux parois de la tunique vaginale, et se résout en tissu cellulaire; enfin elle soude si complètement l'une avec l'autre les deux lames de l'enveloppe séreuse, qu'il ne reste plus aucune trace de cavité entre le testicule et les couches environnantes.

Mais ici se présente une question qui n'est pas encore décidée. Est-il absolument nécessaire pour que la guérison s'effectue que la cavité de la tunique vaginale soit effacée complétement. *Pott* ne regarde pas cette oblitération comme indispensable. *M. Ward* soutient aujourd'hui la même opinion, et croit que l'hydrocèle de la tunique vaginale guérit souvent en conservant intacte cette cavité. Je crois que la guérison peut en effet avoir lieu quelquefois sans cette oblitération. J'ai observé, en 1831, à l'hôpital de la Pitié, un individu qui mourut d'apoplexie vingt-six jours après avoir été opéré d'hydrocèle par l'injection vineuse. Je disséquai avec soin sa tunique vaginale, et je la trouvai dans son état ordinaire, avec son poli naturel, elle ne contenait dans sa partie inférieure qu'une masse verdâtre, filamenteuse et gélatineuse, qui n'avait contracté aucune adhérence avec sa face interne. *Astley Cooper* a cité aussi un cas dans lequel la tunique vaginale n'était qu'incomplétement oblitérée; la maladie ne s'est pas reproduite. Mais dans ces cas, peut-on affirmer que la guérison de l'hydrocèle eût été radicale?

L'inflammation que produit l'injection vineuse, va quelquefois jusqu'à faire naître des abcès. Cela est rare cependant. On voit alors le scrotum rougir, devenir saillant et présenter tous les symptômes d'un abcès : on l'ouvre et on le traite comme un abcès ordinaire, et la guérison se fait de même. Dans d'autres cas, la tumeur, après avoir diminué d'un quart, d'un tiers, de la moitié, ou des trois quarts de son volume primitif, reste dans un état stationnaire. La guérison est incomplète. C'est alors qu'on emploie avec avantage les topiques astringents et résolutifs sur la tumeur. Il est toujours bon de les employer avant d'avoir recours de nouveau à l'opération. Voici une observation qui vient à l'appui.

Garcon (François), âgé de 42 ans, teinturier, d'une constitution robuste, contracta, en 1813, une chaudepisse,

qu'il garda assez longtemps, et qui occasionna une orchite du côté droit. L'épididyme de ce côté resta dur et engorgé, quoique la résolution de la tumeur eût été assez prompte. Il commença, il y a dix ans, à s'apercevoir que la tunique vaginale droite se distendait, et qu'une hydrocèle prenait naissance de ce côté. Le malade entra à l'hôpital de la Charité où M. *Roux* l'opéra le 20 février 1835. Les enveloppes du testicule revinrent d'abord assez sur elles-mêmes, mais elles restèrent ensuite stationnaires : pendant douze jours, on fit usage de fomentations vineuses; on employa ensuite les cataplasmes sans plus de succès. Le scrotum resta d'un volume double de celui qu'il avait dans l'état naturel, les enveloppes du testicule étaient molles, souples, sans rougeur à la peau, et tout à fait indolentes. L'épididyme restait gros. La résolution ne marchant point assez vite, on reprend les fomentations vineuses, en y ajoutant six gros d'hydrochlorate d'ammoniaque par litre. 15 avril, la tuméfaction commence à diminuer; les rides du scrotum commencent à reparaître. Le 2 mai, la tumeur reste de nouveau stationnaire. (Frictions sur la langue avec l'hydrochlorate d'or et de soude, à la dose d'un quinzième de grain chaque matin.) Le 6 mai, la diminution commence de nouveau à se manifester. Le 24 mai, la résolution est complète, la bourse du côté malade est tout à fait revenue à son état naturel (1).

Je pourrais vous citer encore d'autres observations de ce genre, mais elles ne seraient que la répétition de celle-ci.

Lorsque la tumeur est très volumineuse, *Bertrandi* veut qu'on fasse avec le trois-quarts plusieurs ponctions successives à quelques jours d'intervalle, afin de vider en partie la tumeur et de lui laisser le temps de diminuer d'étendue, et d'injecter alors le vin. Ceci est fait dans le but de ne pas enflammer une poche aussi large. Cette précau-

(1) Recueilli par M. Agnesi.

tion est bonne, sans doute, mais on peut s'en passer sans inconvénient et opérer des hydrocèles très volumineuses. C'est ainsi que j'ai opéré, sans faire ces ponctions préparatoires en quelque sorte, un homme âgé de quarante-huit ans, qui avait une hydrocèle très ancienne, et de vingt-quatre pouces de circonférence. La guérison se fit dans le laps de temps ordinaire. J'ai opéré également à l'hôpital de la Pitié, en 1833, par l'injection vineuse, une hydrocèle du volume d'une petite tête d'adulte et qui contenait une pinte de sérosité, et il ne survint point d'accidents.

Pendant qu'on injecte le vin dans la tunique vaginale, les malades éprouvent ordinairement une douleur qui se propage dans le trajet du cordon et des vaisseaux spermatiques, dans le flanc, et qui se termine dans les reins. Cette douleur est considérée par la plupart des auteurs comme une preuve que l'irritation est arrivée dans la tunique vaginale, au degré convenable pour qu'elle s'enflamme et que ses parois adhèrent entre elles. On est même plus certain, dit-on, de ce résultat, quand la douleur s'étend dans le flanc ou les régions lombaires. Plusieurs chirurgiens même augurent mal de l'opération quand ces phénomènes n'ont pas lieu. Mais c'est une erreur : la tunique vaginale étant ordinairement plus ou moins altérée et épaissie, son irritabilité n'est plus alors la même, et d'ailleurs tous les sujets ne sont pas doués du même degré de sensibilité (1). Il ne faut pas trop compter sur ce signe, et croire que l'opération ne réussira pas par cela seul que la douleur ne s'est point manifestée. Quand on soupçonne que le kyste est épaissi, lorsque l'hydrocèle est ancienne, que les malades sont âgés et d'une sensibilité obtuse, il

(1) J'ai souvent vu Dupuytren opérer des hydrocèles par l'injection vineuse, à l'Hôtel-Dieu de Paris. Certains malades souffraient peu et même ne souffraient point du tout, et n'en guérissaient pas moins bien que ceux qui donnaient les signes d'une vive sensibilité et jetaient les hauts cris pendant l'injection.

est utile de chauffer assez fortement le vin ou de le rendre plus excitant par l'addition de quelque substance active, telle que l'alcool camphré.

Un des accidents les plus fâcheux qui puisse avoir lieu dans l'opération de l'hydrocèle par le procédé de l'injection vineuse, c'est la sortie de la canule de la tunique vaginale, pendant que l'on fait cette injection. Le liquide s'infiltre alors entre les tuniques du scrotum. Il en résulte infailliblement une inflammation sur-aiguë qui se termine presque toujours par la gangrène. On a souvent observé ce fâcheux accident. *Boyer* fut témoin d'un cas de ce genre. *Sir Astley Cooper* dit en avoir vu plusieurs exemples en 1824. J'ai été aussi témoin d'un pareil accident. L'injection fut aussi poussée dans le scrotum, les téguments et les tissus sous-jacents se gangrenèrent dans presque toute l'étendue du scrotum. Le malade finit cependant par se rétablir. L'inflammation qui résulte de cette infiltration du sang dans le tissu cellulaire du scrotum, est quelquefois assez étendue et assez grave pour amener la mort.

L'insuffisance de l'injection vineuse dans certains cas, les inconvénients et les dangers qui l'accompagnent ou la suivent dans quelques autres, me firent chercher de nouveaux moyens pour guérir l'hydrocèle chronique de la tunique vaginale.

J'eus recours d'abord à l'acupuncture. Quelques faits de guérison qui m'avaient été rapportés par des médecins ou que j'avais lus dans de récentes publications, m'autorisaient à tenter l'emploi innocent d'ailleurs de ce remède. Suivant M. *Brossard*, il paraît que dans l'Inde ce moyen est très souvent employé. En 1831 un jeune médecin m'avait rapporté l'observation d'un malade atteint d'une hydrocèle depuis trois ans et guéri en quelques jours par suite de la piqûre d'une longue aiguille introduite accidentellement dans le scrotum. M. *Monro* a publié en Angleterre

au fait à peu près semblable. Il a guéri en six jours une hydrocèle de la tunique vaginale avec une aiguille qui fut laissée en guise de séton dans la cavité de cette tunique. Je tentai donc cette méthode dans cet hôpital; en 1836 j'en fis usage deux fois sans succès et j'y ai renoncé depuis. M. *Lewis* a même réduit l'acupuncture à une simple piqûre d'aiguille, sans laisser celle-ci en place dans le scrotum. Suivant ce chirurgien, on guérit très bien par cette méthode les hydrocèles chroniques de la tunique vaginale. Je n'ai obtenu aucun succès de l'acupuncture pratiquée de cette manière. Cette année (1838, leçon du 21 août) j'ai renouvelé ces piqûres sans plus de succès. J'ai obtenu, je l'avoue cependant, des effets très singuliers sur une hydrocèle volumineuse sur laquelle je pratiquai une simple piqûre suivant la méthode de M. *Lewis*. Le lendemain la tumeur était disparue, il n'y avait cependant pas d'infiltration dans les enveloppes du scrotum qui étaient souples et sèches comme dans l'état sain. Il n'y avait aucune douleur, mais l'épanchement est promptement revenu. Sur une autre hydrocèle, je pratiquai trois piqûres; le lendemain il y avait une diminution notable de la tumeur, mais au bout de quelques jours, elle était revenue. J'avais cru jusqu'à présent que la diminution du volume de la tumeur après cette piqûre provenait de l'infiltration de la sérosité dans le tissu cellulaire des bourses. Mais je me suis assuré de mon erreur en examinant avec soin les membranes du scrotum. Vous pouvez vous en convaincre encore sur cet homme (leçon du 12 avril 1839) atteint d'une hydrocèle enkystée du cordon. Sa tumeur était assez volumineuse, j'ai fait, il y a à peine une demi-heure, une piqûre dans cette tumeur qui était fort tendue et très rénitente, il n'est sorti qu'une gouttelette de sérosité, eh bien, la tumeur est déjà considérablement diminuée; elle est devenue molle, flasque, et il n'y a cependant aucune infiltration dans les tissus sous jacents. Au lieu de laisser l'aiguille en place, j'ai passé

un simple fil en croix au travers de la tumeur, j'ai laissé cè petit séton pendant trois jours; la suppuration s'est établie, et la guérison a eu lieu. J'ai délivré de cette manière quelques malades de leur hydrocèle, mais beaucoup plus lentement que par l'injection vineuse. Cette manière d'opérer l'hydrocèle, que M. *Mayor* a de nouveau proposée en 1837 avec quelques modifications, me semble devoir être aussi rejetée de la pratique.

J'essayai ensuite la *compression* après avoir vidé la tumeur par la ponction. J'employai les bandelettes de dyachylon sur trois malades, en septembre et en octobre 1836. Le scrotum y compris le testicule du côté malade en fut enveloppé immédiatement après la ponction. Ces bandelettes furent appliquées de manière à mettre en contact les deux parois de la tunique vaginale. Je voulais employer cette méthode chez les personnes qui ne veulent ou ne peuvent pas se soumettre aux moyens mis en usage pour obtenir la cure radicale. Je n'en obtins aucun succès. L'épanchement se reproduisit au bout de peu de temps.

Je repris alors les injections irritantes après la ponction, mais je fis choix d'un agent nouveau. Les préparations d'iode ayant été employées en topiques sur l'hydrocèle, et avec succès disait-on, j'imaginai de les employer en injection dans la tunique vaginale elle-même. J'y trouvai des avantages nombreux et très supérieurs à ceux de l'injection vineuse, j'ai depuis lors complètement renoncé à celle-ci. Voici comment je fis usage de ces préparations; je me suis servi d'un mélange d'eau et de teinture alcoolique d'iode, un à deux gros de cette dernière substance par once d'eau. Après avoir vidé le kyste par la ponction ordinaire, j'y fais une injection de une à quatre onces du mélange précédent. Je crois inutile d'en remplir toute la tunique vaginale, il suffit après avoir fait l'injection, de frictionner et de malaxer la tumeur contenant le liquide injecté pour qu'il en baigne et touche tout l'intérieur; on l'évacue ensuite

comme on le fait pour l'injection vineuse. Il est inutile de chauffer ce liquide avant de l'injecter, ni d'en remplir la tumeur : il n'est pas indispensable de l'évacuer en totalité, on peut sans aucun inconvénient en laisser une portion dans la tunique vaginale. Une très petite seringue suffit donc pour l'injecter; celle qu'on emploie, par exemple, pour les injections de l'urètre peut très bien servir à cet usage. Jusqu'à présent je ne me suis servi cependant que des seringues d'étain. Si l'hydrocèle est très volumineuse, on peut remplir plusieurs fois facilement et promptement cette petite seringue et la vider dans la tunique vaginale.

On n'a donc besoin ni de réchaud pour faire chauffer le liquide, ni de seringue faîte exprès, quand on substitue les injections iodées aux injections vineuses. On n'est pas obligé de distendre la tunique vaginale par une grande quantité de liquide, l'expérience m'ayant prouvé qu'il suffit d'en injecter une petite quantité, ces avantages sont déjà d'une certaine importance : elles en ont encore d'autres. Ainsi les malades souffrent généralement beaucoup moins que par l'injection vineuse. Ils pourraient sans inconvénients se lever et marcher, reprendre immédiatement après l'opération, leurs occupations ordinaires. J'ai vu plusieurs malades venir de la ville se faire opérer à l'hôpital, s'en aller immédiatement après et ne pas interrompre leurs travaux, sans qu'il leur soit arrivé rien de fâcheux.

La guérison par les injections iodées est plus prompte que par les injetcions vineuses. Après l'injection iodée comme je vous l'ai dit, le malade peut ne pas rester couché, le scrotum se gonfle promptement pendant trois ou quatre jours sans causer de fièvre, ni de douleur sérieuse, la résolution commence ensuite et s'opère ordinairement avec rapidité. En huit, dix, quinze ou vingt jours, la guérison est complète, je l'ai vue même se faire en cinq jours. Un des premiers individus que j'avais traité par l'injection iodée et qui était guéri au bout de dix jours, mourut quelque temps

après des suites d'une amputation : je profitai de l'occasion pour voir l'état des parties, je disséquai avec soin son scrotum et je vis que des adhérences cellulaires qui s'étaient déjà établies sur tous les points de la tunique vaginale rendaient impossible une récidive.

Vous savez qu'un engorgement chronique du testicule complique très souvent l'hydrocèle de la tunique vaginale; que cet épanchement n'est même le plus ordinairement qu'un symptôme d'une affection du testicule ou de l'épididyme. L'action de l'iode est des plus efficaces pour le résoudre, et j'ai été plusieurs fois surpris de la rapidité avec laquelle ils se dissipait sous son influence.

Les injections iodées sont employées avec la même efficacité dans les hydrocèles enkystées du cordon. Je les ai substituées aux injections vineuses et j'ai obtenu des résultats absolument semblables à ceux que j'ai observés dans les hydrocèles chroniques de la tunique vaginale.

Un autre avantage précieux de l'injection iodée, c'est de ne pas faire courir par son infiltration dans le tissu cellulaire du scrotum, les dangers redoutables qui arrivent presque toujours à la suite des infiltrations vineuses. Quelques observations récentes me porteraient même à regarder son contact avec le tissu cellulaire comme presque innocent. Je voulus une fois tenter la guérison d'une hernie par l'injection de teinture d'iode dans le sac herniaire, je ne réussis pas à guérir la hernie, car la teinture n'arriva pas dans le sac et s'épancha dans le tissu cellulaire du scrotum, il ne survînt pas d'accidents. La même chose m'est encore arrivée tout récemment. Un étudiant en médecine (leçon du 4 janvier 1839) voulant opérer, il y a peu de jours, une hydrocèle, injecta la teinture d'iode dans le tissu cellulaire du scrotum, au lieu de l'injecter dans la tunique vaginale, il n'en résulta point d'accidents ou très peu.

J'ai varié les proportions de teinture d'iode dans le mélange que j'en faisais avec l'eau. Ainsi j'employai d'abord

comme je vous l'ai dit, un gros de teinture alcoolique d'iode par once d'eau. J'augmentai ensuite la quantité de teinture, j'en mis un tiers, la moitié, je l'employai pure, je laissai même de cette teinture seule dans la tunique vaginale, j'en ai laissé une once, une once et demie, et j'ai réussi de la même manière et sans plus d'accidents.

Je me contentai dans quelques circonstances de n'évacuer par la ponction qu'une très petite quantité de la sérosité contenue dans le sac et d'injecter la teinture d'iode pure pour la mêler avec cette sérosité, j'eus encore le même résultat.

Quand les malades atteints d'hydrocèle de la tunique vaginale ont en même temps un gonflement peu considérable du testicule et de l'épididyme, et que ce gonflement est sans douleur, on conseille généralement de passer outre et de ne songer qu'à l'hydrocèle ; mais si le gonflement s'accompagne de bosselures, d'inégalités et de douleurs lancinantes qui font craindre une dégénérescence, les auteurs recommandent de se garder de faire l'injection irritante dans la tunique vaginale; suivant eux la dégénérescence en serait accélérée. L'expérience m'a prouvé que c'était une erreur.

J'ai employé tantôt l'injection vineuse, tantôt l'injection iodée dans des cas d'hydrocèle compliquée de tubercules du testicule, de sarcocèle squirrheux ou encéphaloïde déjà avancé, et la tunique vaginale s'est oblitérée sans que la maladie principale ait été exaspérée. Je vous ai dit, du reste, que les injections et particulièrement l'injection iodée était un des meilleurs résolutifs qu'on puisse employer contre les engorgements chroniques du testicule. J'ai opéré d'après cette idée des individus qui avaient l'épididyme aussi gros qu'un œuf, et douloureux depuis plusieurs années, et qui ont été promptement délivrés de cet engorgement par l'injection iodée : aussi suis-je d'avis, lorsqu'il y a des doutes sur la nécessité de procéder à la castration dans le cas d'engorgements testi-

culaires compliqués d'hydrocèle, de recourir avant tout à l'injection rendue irritante, soit par le vin, soit par l'iode.

Ne croyez pas que la teinture d'iode guérisse toujours les hydrocèles avec la rapidité que je vous ai signalée, huit, dix, quinze ou vingt jours. La guérison tarde quelquefois à se faire par suite de circonstances souvent très difficiles à apprécier; elle ne se fait même quelquefois qu'au bout d'un temps fort long. J'avais opéré un individu par l'injection iodée, il y a quelques mois; au bout de six semaines, la guérison n'était pas encore obtenue. Je voulais l'opérer de nouveau, il s'y refusa. Je restai trois mois sans le revoir. Au bout de ce temps il vint chez moi, sa maladie était complétement dissipée; il ne restait plus la moindre trace d'épanchement. M. le docteur P... avait opéré un malade par l'injection iodée : au bout de cinq ou six semaines l'épanchement était à peu près comme avant l'opération; M. P... voulait opérer de nouveau, mais le malade voulut encore attendre : au bout de quelques mois, tout était résorbé. J'ai vu ce malade hier (3 avril 1839), il est parfaitement guéri.

Ceci vous prouve, Messieurs, qu'il ne faut pas se hâter de croire qu'on a échoué par l'injection iodée, et d'opérer de nouveau les malades quand la guérison ne s'est point opérée dans le temps ordinaire. Une raison d'insuccès par l'injection iodée pourrait se trouver dans la proportion trop faible de teinture d'iode que l'on mêle à l'eau; c'est ainsi, par exemple, que M. *Frick de Hambourg* ne met qu'un gros de teinture d'iode sur six onces d'eau; cette proportion est évidemment trop faible, aussi je ne m'étonne pas des insuccès qu'il dit avoir en employant l'injection iodée.

Toutefois l'opération peut échouer complétement, et on peut se trouver dans la nécessité de recommencer. Parmi les malades que j'ai opérés par l'injection iodée, je n'ai constaté qu'un seul insuccès. (Leçon du 21 août 1838.) On m'a parlé aussi d'un ou deux autres sujets qui n'ont

point été guéris. Mais avec les autres espèces d'injections vineuses alcooliques ou autres, on a autant sinon plus de revers; et quand même, ce que je n'admets pas, du reste, il y aurait égalité sous le rapport du nombre des guérisons définitives, les autres avantages des injections iodées n'en resteraient pas moins démontrés.

L'hydrocèle chronique peut occuper les deux tuniques vaginales, dans ces cas, il est généralement admis de ne pratiquer l'opération par l'injection vineuse que d'un côté d'abord, autrement l'inflammation pourrait être suivie d'une réaction trop forte; on opère l'autre côté quand le premier est guéri. Mais ce que je vous ai dit des phénomènes inflammatoires peu intenses qui surviennent après l'injection iodée me fait penser qu'on pourrait sans crainte opérer les deux hydrocèles à la fois, à moins qu'elles ne soient trop volumineuses; par ce moyen le malade est moitié moins de temps à guérir que par deux opérations faites l'une après l'autre.

Dans le cas de l'existence d'une hydrocèle rendue double par une cloison complète qui sépare en deux la cavité de la tunique vaginale, on peut les opérer ensemble, ou la seconde après la guérison de la première. Leur voisinage rendrait un peu plus probable, peut-être, l'inflammation de la seconde après l'opération de la première. Je crois pourtant qu'à moins de raisons particulières, il vaut mieux procéder immédiatement à l'injection des deux kystes. Chez un homme âgé de cinquante-un ans, je n'injectai d'abord qu'un des kystes, le gonflement et les autres symptômes locaux d'inflammation furent très prononcés; mais il n'en fallut pas moins opérer trois semaines plus tard le second sac.

L'injection iodée convient encore dans le cas où l'hydrocèle est constituée par un fluide trouble, sanguinolent ou simplement lactescent, et que les parois du kyste n'ont pas perdu leur souplesse; on la reconnaît aux signes que je

vous ai indiqués en commençant. Pourvu que le liquide ne soit point trop chargé de flocons albumineux, et qu'il n'y ait point de concrétions dans la tunique vaginale, les injections iodées peuvent triompher de la maladie comme dans les cas les plus ordinaires.

Malgré la rapidité avec laquelle l'hydrocèle guérit en l'opérant ainsi, j'ai pensé qu'il serait peut-être possible de la rendre plus grande encore. Vous savez que la ponction avec la pointe d'une lancette, dans l'orchite blennorrhagique, accélère d'une manière notable la résolution de la maladie. J'ai pensé que cette ponction, faite quelques jours après l'injection iodée, et alors que l'épanchement s'est reproduit dans la tunique vaginale sous l'influence de l'inflammation aiguë qui s'est emparée de cette poche, j'ai pensé, dis-je, que les mêmes résultats qu'on obtient dans l'orchite aiguë pourraient avoir lieu ici. J'ai déjà plusieurs fois usé de ce moyen, et j'ai réussi. J'avais opéré une hydrocèle très volumineuse par l'injection iodée. Au bout de trois ou quatre jours, il y avait dans la tunique vaginale plus de liquide qu'avant l'opération. Alors je pratiquai successivement deux ponctions, et au bout de quinze jours la maladie était complétement guérie. J'ai agi encore tout nouvellement de même, et j'ai eu un semblable succès. (Leçon du 12 mai 1839.) C'est donc un moyen qu'on peut employer sans aucune chance d'inconvénient dans l'hydrocèle opérée, et qui tarde trop à guérir.

On ne peut donc maintenant qu'être fort surpris de voir qu'après des succès aussi multipliés dans l'opération de l'hydrocèle par des moyens aussi simples, aussi faciles, si peu douloureux et si peu dangereux que l'injection, des chirurgiens de Londres, de Berlin, d'Amérique, et même dans quelques parties de la France aient encore recours, pour guérir cette maladie, à des opérations sanglantes, longues à pratiquer, dangereuses souvent dans leurs suites, et que nous avons abandonnées depuis longtemps avec raison.

Il y a cependant des complications de l'hydrocèle qui exigent ces opérations sanglantes ; ainsi, lorsqu'il y a des masses fibrineuses ou albumineuses, soit libres, soit adhérentes, si la matière au lieu d'être séreuse est épaisse, consistante, si la tunique vaginale forme une coque dure, épaisse, solide, on peut craindre que la méthode des injections vineuses ou iodées soit insuffisante; alors il faut avoir recours soit à l'excision de la tunique vaginale suivant les procédés connus et décrits dans les auteurs, soit à l'incision. L'excision est une opération douloureuse et grave, suivie d'une inflammation considérable, de beaucoup de fièvre et d'une suppuration abondante. J'ai renoncé à cette méthode, que je remplace par l'incision simple ou par le séton. Je fais une incision longue d'un pouce environ sur le point de la tumeur où on enfonce ordinairement le trois-quarts : j'évacue par ce moyen tout le liquide contenu dans la tunique vaginale. A l'aide du doigt introduit dans cette cavité, je fais l'extraction de toutes les concrétions fibrineuses ou albumineuses qui peuvent s'y trouver. Si la cavité est peu étendue, je me borne à y mettre une tente et à y provoquer la suppuration, dans le cas contraire, je fais une autre incision dans le point le plus déclive du sac, et je passe à travers ces deux ouvertures une mèche de linge effilé, j'établis en un mot un séton que je supprime ordinairement au bout de quinze jours. L'inflammation qui résulte de ces incisions et de la présence de cette mèche, atteint son plus haut degré d'intensité du quatrième au huitième jour, elle décroît ensuite par degrés. La suppuration diminue peu à peu, et permet de supprimer le séton vers le quinzième jour environ. Dans certaines circonstances, au lieu d'employer le séton j'ai multiplié les incisions sur la tumeur ; j'en ai fait trois, quatre et jusqu'à cinq, et la guérison a eu lieu comme lorsque j'avais placé la mèche de linge dans les ouvertures. Quand on a opéré l'hydrocèle de cette manière et à cause de cette complica-

tion, on ne doit pas oublier que le testicule et ses enveloppes conservent toujours après la guérison un volume plus considérable que dans l'état naturel.

Je vous ai dit que j'avais renoncé à l'excision de la tunique vaginale pour la guérison des hydrocèles compliquées. Il est des cas cependant où cette méthode peut devenir indispensable, c'est quand il y a dégénérescence de la tunique vaginale, que celle-ci est convertie en une coque pierreuse, ostéo-calcaire, crétacée ou en une matière lardacée ; cas dans lesquels on ne peut espérer le développement d'une inflammation qui fasse adhérer entre elles tous les points de la cavité qui contenait le liquide, et par conséquent assurer la guérison d'une manière définitive.

Si on se décidait à opérer par excision dans les cas où les dégénérescences quej'ai cités plus haut n'existent pas, on rendrait moins dangereuse l'opération, en n'enlevant pas la tunique vaginale dans toute son étendue, ainsi que le veulent certains chirurgiens, *Boyer*, par exemple. On pourrait n'en exciser qu'un tiers, un quart, un cinquième même. Je me suis comporté de cette manière dans deux cas, et les malades sont bien guéris et sans accidents fâcheux.

La multiplicité des kystes dans la tunique vaginale ne permet pas d'avoir recours à la méthode par injection. La tumeur représente alors une éponge à larges mailles, qu'il n'est possible ni de vider entièrement par une simple ponction, ni d'enflammer partout convenablement. L'incision est préférable ici à toutes les autres méthodes. On fend largement le scrotum et toutes les cellules ; on place des boulettes de charpie entre les lèvres et dans le fond de la plaie. On établit la suppuration sur toute l'étendue de la poche, de manière à amener une cicatrisation qui prévienne toute espèce de retour de la maladie.

La complication d'un varicocèle ne change point le traitement de l'hydrocèle. Mais il n'en est pas de même de la complication avec une hernie scrotale. Si c'est une entero-

cèle, il est en effet possible alors que l'intestin proémine dans la tunique vaginale, par suite d'une déchirure faite à cette tunique, et qu'il subisse une espèce d'étranglement à cette ouverture accidentelle. Laissant de côté l'embarras, on doit jeter une semblable disposition pour le diagnostic, soit de la hernie, soit de l'hydrocèle, le chirurgien ne doit point oublier que par la ponction, il peut blesser la hernie, avant d'arriver dans la tunique vaginale, si l'intestin occupe le plan antérieur de la tumeur, ou bien, après l'avoir traversée, s'il se trouve en arrière, et que si par une ouverture soit ancienne, soit récente, une injection irritante pénétrait dans le sac herniaire, il en pourrait résulter les plus graves accidents. On doit donc, avant tout, faire rentrer la hernie. Cette manœuvre opérée, si la pression ne disperse pas l'hydrocèle, on procède sans crainte à l'injection irritante, puisqu'on a acquis la certitude que la tunique vaginale ne communique point avec le péritoine.

§ III. HYDROCÈLE CONGÉNITALE.

Cette hydrocèle est celle qu'on rencontre chez les sujets dont la tunique vaginale a conservé sa communication avec le péritoine. C'est presque exclusivement chez les enfants qu'on l'observe. Sa formation s'explique par les rapports primitifs du testicule avec la cavité abdominale. Je dois relever à ce sujet une erreur anatomique généralement répandue. *Le gubernaculum testis* ou cette espèce de cordon qui s'étend depuis le canal inguinal jusqu'au testicule n'est pas constitué, comme on le croit, par un prolongement du fascia-superficialis, mais bien par le crémaster qui forme une anse à convexité supérieure, précisément en sens inverse de celle qu'il offrira plus tard et parfaitement bien disposé pour abaisser le testicule jusqu'à l'anneau. Je me suis convaincu de cette disposition anatomique sur des pièces préparées par M. *Thomson*. Ces mêmes pièces m'ont

également forcé d'admettre, contrairement à l'opinion de *Scarpa*, que le canal inguinal est aussi oblique chez le fœtus et chez l'enfant que chez l'adulte, que loin de se trouver exactement l'un derrière l'autre, les deux anneaux de ce canal sont également séparés par un assez long trajet chez le fœtus. Quoi qu'il en soit, le testicule ne traverse point la paroi de l'abdomen sans être accompagné d'un prolongement du péritoine. C'est dans l'infundibulum qui résulte de ce prolongement que se fait l'hydrocèle congénitale. Ordinairement dans cette hydrocèle, le testicule et le liquide sont dans les mêmes rapports que dans l'hydrocèle ordinaire; mais quelquefois le liquide en déprimant le péritoine forme une tumeur qui s'engage au devant ou en arrière du muscle cremaster, et alors l'hydrocèle pourra se montrer seule dans le scrotum, au dessous du testicule encore retenu ou caché dans le canal inguinal. Dans quelques cas, c'est tout le contraire, le testicule descend le premier, la tumeur aqueuse se voit au dessus. J'admets sans doute que la sérosité peut arriver directement de la cavité abdominale dans la tunique vaginale qui communique directement avec elle, mais je crois que le plus ordinairement elle est exhalée à la surface interne de la tunique vaginale. Les frottements du scrotum pendant le travail de l'enfantement, les irritations qui résultent de son contact répété avec les urines, tous les genres de pressions auxquelles il est exposé dans les premiers temps de l'existence, en expliquent mieux l'apparition qu'en supposant une maladie du péritoine. En définitive, l'hydrocèle congénitale reconnaît les mêmes causes que l'hydrocèle des adultes, sauf qu'elle naît très rarement d'une affection du testicule. On la distingue de l'hydrocèle ordinaire, en ce que l'on peut vider la tumeur par la pression et faire rentrer dans le ventre le liquide qu'elle contient. Elle diminue pendant le coucher et augmente quand le malade est debout. Jamais la tension de la tumeur n'est aussi grande que dans

l'hydrocèle ordinaire. D'ailleurs la communication de la tunique vaginale avec le péritoine est quelquefois tellement étroite, que la pression fait rentrer très lentement et très difficilement le liquide dans le ventre, et que souvent la tumeur rentre en masse à travers l'anneau.

L'hydrocèle congénitale est à la fois moins grave et plus grave que l'hydrocèle ordinaire. Elle est moins grave, parce qu'elle guérit souvent sans opération et par les seuls progrès de l'âge, ou par des moyens très simples; elle est plus grave lorsqu'une opération devient nécessaire, car celle-ci est plus dangereuse. Aussi ne doit-on en venir à l'opération que le plus tard possible, et quand on n'espère plus que le temps ou une médication simple pourront en débarrasser les malades. J'ai vu guérir l'hydrocèle congénitale chez deux enfants de cinq à sept ans par le seul emploi de compresses trempées dans de l'eau de saturne.

On a appliqué à l'hydrocèle congénitale toutes les méthodes mises en usage contre l'hydrocèle chronique ordinaire. Mais la communication de la tunique vaginale avec le péritoine rend possible et éminemment dangereuse la suppuration qui peut résulter soit de l'incision, soit de l'excision ou du séton, etc. D'ailleurs l'absence de toute complication dans l'hydrocèle congénitale, telle que hématocèle, épaississement de la tunique vaginale, etc., rend inutiles ces méthodes opératoires. Il ne reste que l'injection irritante destinée à amener l'oblitération de la tunique vaginale. On regarde cette injection comme très dangereuse, attendu la difficulté ou l'impossibilité, malgré la compression la plus exacte exercée sur l'anneau, d'empêcher le liquide injecté de pénétrer en partie dans le péritoine, et d'y développer une inflammation des plus redoutables, qui peut entraîner promptement la mort. Ces craintes me semblent exagérées. J'ai vu opérer à Tours, pendant que j'étais élève dans l'hôpital de cette ville, au moyen de l'injection vineuse, un jeune garçon atteint d'hydrocèle con-

génitale et qui guérit sans éprouver le moindre accident. J'ai moi-même pratiqué deux fois cette opération avec succès. Il est d'ailleurs très facile d'éviter toute introduction dans l'abdomen du liquide qu'on injecte, en fixant le pouce dans l'anneau avec une certaine force sur le pubis, et en le comprimant sur cet os, pendant qu'un aide pousse l'injection. Il ne faut pas croire, en outre, que quelques gouttes de vin qui pénètreraient dans le péritoine pourraient être bien dangereuses. Il en faudrait une assez grande quantité pour produire une phlegmasie très grave. *M. Jules Cloquet* a rapporté l'observation d'un malade chez lequel plusieurs onces de vin avaient été injectées dans le ventre et qui n'a point succombé (1). Le gonflement qui suit l'injection irritante ne permettrait point aux quelques gouttes qui peuvent être restées dans la tunique vaginale de remonter dans le ventre. Quant à l'inflammation du kyste, c'est une phlegmasie adhésive qui s'y développe et qui généralement n'a point de tendance à s'étendre au delà des surfaces qui ont été touchées par le vin. Enfin, les injections iodées, qui n'obligent pas à distendre le sac, qui sont facilement et rapidement absorbées, ne donnent lieu qu'à une inflammation modérée, et ne sont accompagnées d'aucune réaction, pourraient donner encore une plus grande sécurité. On peut donc traiter l'hydrocèle congénitale par la teinture d'iode comme l'hydrocèle ordinaire, en ayant la simple précaution de faire fermer par un aide le canal inguinal pendant qu'on pousse l'injection et sans qu'il soit nécessaire de maintenir ensuite cette compression à l'aide d'une pelote ou d'un bandage quelconque, comme quelques personnes l'ont conseillé

(1) Un médecin, *M. Norgeu*, a injecté du vin dans le ventre pour guérir une ascite, et la malade n'a pas succombé. Il avait précédemment fait la ponction et évacué le liquide contenu dans l'abdomen.

ARTICLE III.

LUXATIONS DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE.

Si on s'en rapportait aux écrits publiés il y à dix ans, sur les luxations de l'articulation scapulo-humérale, on pourrait croire que la science est arrivée sur ce point à sa dernière perfection; si, au contraire, on consulte des auteurs tout à fait modernes, *MM. Astley Cooper*, *Sédillot*, *Malgaigne*, *Maisonneuve*, etc., on apprend que tout est à revoir à cet égard, qu'on ne connaît bien ni le mécanisme, ni les espèces, ni les signes, ni le meilleur traitement soit immédiat, soit consécutif, des luxations de l'articulation de l'humérus avec l'omoplate. Presque toute l'histoire de cette maladie a été changée ou présentée sous des points de vue nouveaux. Il résulte de là beaucoup de faits de détails, et un peu de confusion; ayant eu de fréquentes occasion d'observer ces luxations et chaque jour venant encore nous en offrir de nouveaux cas, j'ai senti le besoin d'étudier attentivement cette question actuellement si controversée. Les résultats pratiques auxquels je suis arrivé ne combleront sans doute pas toutes les lacunes, mais ils pourront éclaircir certains points encore obscurs et diminueront je l'espère cette confusion qui se dissipera lorsqu'on aura encore approfondi davantage la matière.

A elles seules les luxations de l'humérus sont plus nombreuses que toutes les autres luxations prises ensemble. On a admis des déplacements de cet os dans tous les sens, *en haut*, *en bas*, *en avant*, *en arrière.*

La question de savoir si les luxations, soit en haut, soit en bas, sont possibles ou non, me semble mal posée, et roule suivant moi plutôt sur les mots que sur les choses. En effet si par luxation en haut on veut entendre le déplacement de l'humérus au dessus de la voûte acromio-claviculaire, cette espèce doit être tout à fait rejetée;

mais on doit l'admettre, au contraire, si par les mots *luxation en haut*, on désigne le déplacement qui se fait sous la clavicule, et qui a été décrite dans ces derniers temps sous le nom de luxation *sous-coracoïdienne* (1), et que je crois devoir plutôt nommer *sous-claviculaire*. Même observation à faire à l'égard de *la luxation en bas*. Car s'il est incontestable que la tête de l'os soit dans l'impossibilité de se fixer sur le bord de l'omoplate entre le tendon du triceps et l'extrémité inférieure de la cavité glénoïde, il est certain aussi qu'à l'exception peut-être de quelques classificateurs irréfléchis, personne n'en a donné une pareille description. *Duverney, Mothe, Desault, Delpech, Boyer, Dupuytren* (2), ont évidemment entendu par *luxation en bas* de l'humérus celle qui se fait du côté de l'aisselle. Au surplus, on a pu dire *luxation en bas ou dans l'aiselle* sans cesser d'être exact; car le grand diamètre de la cavité glénoïde étant oblique de haut en bas et dedans en dehors, fait que l'une des moitiés de cette cavité regarde en dedans et en bas, tandis que l'autre se tourne en dehors et en haut dans toute luxation axillaire : aucun auteur n'a certainement prétendu décrire une luxation sur le bord même de l'omoplate au-dessous de la cavité glénoïde, d'autant mieux qu'alors elle serait en dehors tout aussi bien qu'en bas. L'observation empruntée à *Desault* comme un exemple de luxation en bas (3), est un fait de luxation axillaire et pas autre chose. Si quelques auteurs parlent de luxation en bas et de luxation en dedans ou en avant comme espèces distinctes, cela tient à ce que la tête de l'humérus peut en effet se placer dans l'aisselle à des hauteurs différentes, et non à ce qu'ils voulaient établir la luxation en bas dont on a si fort repoussé la possibilité de nos jours. En réalité, les luxations de l'épaule en haut et les luxations de l'épaule en bas sont

(1) Par M. Malgaigne,

(2) *Dupuytren, Leçons orales de clinique chirurgicale*, 2e édition, 1839, 6 vol. in-8°, tome Ier, page 60.

(3) *Journal de chirurgie*, t. II, p. 184 *et suiv.*

impossibles, en ce sens que la tête de l'humérus ne se place jamais directement au dessus, ni directement au dessous de l'une des extrémités du grand diamètre de la cavité glénoïde; mais il faut ajouter qu'on ne trouve nulle part la preuve que les observateurs aient eu la pensée de ces sortes de déplacement, et tout indique que le mauvais emploi des termes en a seul imposé sur ce point.

L'humérus ne peut en définitive se luxer que dans deux sens principaux, dans le sens *antéro-interne* et dans le sens *postéro-externe* de la cavité glénoïde, c'est à dire du côté de l'aisselle et dans la fosse sous-épineuse (1).

1° *Luxation postéro-externe.* Elle a été nommée encore *sous-acromiale* ou *sous-épineuse.* Elle a été trop souvent observée pour qu'il soit encore permis d'en révoquer en doute l'existence. *Boyer* en a cité un exemple fort remarquable dans son *Traité des maladies chirurgicales.* Sir *Attley Cooper* l'a observée deux fois ainsi que MM. *Coley, Physick, Arnolt, Bert, Levacher, Lepelletier, Kirbridge, Toulmin. M. Bérard* aîné m'a dit en avoir observé un cas; moi-même j'en ai vu un qui a été publié par *M. Sédillot. M. Marx* en a trouvé trois exemples dans les notes de *Dupuytren.*

Comme je n'ai rien à vous dire sur cette classe de luxations, je ne m'y arrêterai pas davantage pour le moment; j'y reviendrai tout à l'heure quand il s'agira des luxations incomplètes.

On est, je crois, tombé dans la même confusion à l'occasion de la question de ces *luxations incomplètes.* Si par luxation incomplète on veut entendre que la surface cartilagineuse de la tête de l'humérus ne soit échappée qu'à moitié de la cavité glénoïde, nul doute qu'on n'en doive pas admettre l'existence. Mais si au contraire on veut entendre par luxation incomplète un déplacement dans

(1) Cette division correspond à la division établie par *M. Malgaigne* :
1° Luxation *sous-coracoïdienne.*
2° Luxation *sous-acromiale.*

lequel l'humérus est arrêté par un point de son col anatomique sur le bord de la cavité glénoïde, il est impossible de contester son existence. On ne peut pas dire en effet qu'il y ait luxation complète ; dans celle-ci, il faut qu'il y ait sortie entière de la demi-sphère cartilagineuse, et d'une partie du contour osseux qui la sépare du col chirurgical, tandis que dans la luxation incomplète le bourrelet ostéo-fibreux reste en partie dans la capsule. J'ai rencontré pour ma part trois cas de ce genre.

Obs. I[er]. — *Violente distension de l'articulation dans une rixe il y a onze mois. — Allongement du membre. — Douleurs vives dans les mouvements. — Saillie légère de la tête de l'humérus sous le bord postérieur de l'acromion. — Diagnostic. — Luxation sous-épineuse incomplète. — Réduction au bout de treize mois. — Guérison.* — M. G***, mécanicien, âgé de quarante-un ans, d'une bonne constitution, vint me consulter en 1832 pour une maladie de l'épaule qu'il portait depuis dix à onze mois. Le mal était survenu dans une rixe. Quelques praticiens crurent à une fracture, d'autres à une luxation ; un chirurgien célèbre de Paris affirma, au dire du blessé, qu'il n'y avait qu'une entorse, ou une violente contusion de l'articulation. Plusieurs appareils et beaucoup de topiques de nature diverse avaient été appliqués sans succès. Le bras d'un demi-pouce plus long que celui du côté opposé était immobile le long du côté du thorax, et le coude un peu incliné en avant et en dedans. La tête de l'humérus dépassait de six à huit lignes le bord postérieur ou sous-épineux de l'acromion, et ne faisait aucune saillie du côté de l'apophyse coracoïde. L'aisselle était libre et le grand pectoral, ainsi que la portion interne du deltoïde fort déprimés ; il n'y avait nul engorgement, nulle trace d'inflammation. Une sorte de demi-ankylose semblait s'être établie entre le col anatomique ou la tête de l'humérus et la cavité glénoïde. Le malade ne souffrait pas si on laissait son bras en repos. Mais il se plai-

gnait de douleurs assez vives dès qu'en essayait de lui imprimer quelques mouvements. Je diagnostiquai une luxation incomplète en dehors, avec adhérences de quelques points des parties déplacées. D'après cette pensée je prévins M. G... qu'en essayant de réduire la luxation dont il était affecté, on réussirait *peut-être*, mais que *peut-être* aussi on aggraverait son état; qu'il était plus prudent, selon moi, de ne rien tenter sous ce rapport, et qu'à la longue, les mouvements de son bras se rétabliraient en partie. Plus tard le malade s'adressa à M. *Sédillot* qui le guérit à l'aide de tractions et d'un appareil très ingénieux, après treize mois de maladie. Deux fois il avait employé les moyens ordinaires de réduction, en confiant à des aides l'extension et la contr'extension, et deux fois il échoua. Dans ces tentatives, la tête de l'humérus fut momentanément déplacée et portée en dehors de plus d'un demi-pouce. Ces difficultés portèrent *M. Sédillot* à employer l'appareil suivant. La première pièce servant à la contr'extension était destinée à fixer et à soutenir l'épaule; le plein en était placé sous l'aisselle; une des extrémités remontait de là sur la clavicule, passait sur le bord supérieur du scapulum, l'épine de cet os, et allait se réunir, en croisant sur l'épaule, à l'autre extrémité qui s'étendait horizontalement derrière le dos. Chacune de ces extrémités supportait un anneau traversé par un lien dont les bouts étaient assujettis d'une manière immobile à un crochet en fer scellé dans le mur. Une seconde pièce, d'une forme ovalaire et de huit pouces de longueur, devait encore servir à assujettir l'acromion; le milieu ou plein devait être placé sur cette apophyse; les deux extrémités, portées en avant et en arrière de l'épaule, étaient garnies d'anneaux; les liens qui y étaient attachés passaient dans des poulies fixées au plancher, et permettaient l'emploi de toutes les forces nécessaires pour abaisser l'omoplate de haut en bas, et un peu de dehors en dedans. Une troisième pièce ou brachiale était destinée à l'extension:

une longue bande de flanelle fut roulée autour du membre, depuis les doigts jusqu'au dessus du coude, afin de prévenir l'engorgement; la pièce axillaire contenait l'épaule; les deux anneaux scellés dans le mur pour soutenir les efforts extensifs et contr'extensifs n'étaient pas sur le même plan; l'anneau destiné à la contr'extension étant plus bas que l'autre et que l'épaule, la pièce placée sur l'épaule passait obliquement de haut en bas sur l'acromion et sur le bord supérieur de l'omoplate, de manière à empêcher cet os de basculer.

Tout étant convenablement disposé, une saignée d'une livre et demie fut pratiquée au bras gauche sans aucun effet de syncope, et la traction commencée : elle dura huit ou dix minutes. D'abord successive, elle fut ensuite rendue permanente d'intervalle en intervalle; le malade se plaignait violemment : il accusait de vives douleurs au coude, et demandait qu'on suspendît l'opération. Cependant on apercevait la tête de l'humérus s'approcher peu à peu du bord externe de l'acromion, sans craquement, sans secousse, et sans que la peau de l'aisselle et du bras fût tendue outre mesure. Lorsque la tête de l'humérus eut dépassé le bord externe de l'acromion, et qu'elle fut par conséquent au niveau de la cavité glénoïde, *M. Sédillot* essaya avec la main, puis avec le genou, de la repousser vers l'acromion, en même temps qu'il portait le coude en arrière et qu'il imprimait au bras quelques mouvements de rotation; mais ces efforts restaient sans succès. *M. Sédillot* fit alors appliquer le plein du bandage acromial, resté sans emploi, sur la face postérieure et supérieure du bras; quatre aides en saisirent les cordes et tirèrent vigoureusement en avant, tandis que *M. Sédillot* tirait les cordes en arrière dans une direction absolument opposée; puis, confiant cet effort à un aide, il plaça son avant-bras gauche sous l'aisselle, et fit desserrer lentement le moufle au fur et à mesure qu'il abaissait le coude, en combinant ces deux

mouvements de bascule sur la tête de l'humérus, l'un qui tendait à la pousser en avant, et l'autre à la faire saillir en dehors : on vit la tête de l'os s'engager sous l'acromion, s'y loger toute entière, et le moignon de l'épaule se reformer. On cessa alors tout à fait l'extension du moufle, le coude fut rapproché du corps, et la luxation se trouva réduite. Toute saillie à la face postérieure du scapulum avait disparu, le moignon de l'épaule était arrondi et reformé en avant; le sommet de l'apophyse coracoïde était enfoncé et profond sous les téguments; les doigts, portés au dessous de l'acromion, rencontraient la tête humérale occupant de nouveau la cavité. Quelques mouvements furent exécutés avec précaution, et la main, qui pouvait à peine s'élever jusqu'au menton avant l'opération, fut facilement portée derrière le cou en passant au dessus de la tête. On plaça un coussin dans l'aisselle, des compresses graduées remplirent la fosse sous-épineuse; le coude fut porté en haut et en arrière au moyen d'un bandage en huit de chiffre, terminé par des circulaires autour de la poitrine; une écharpe fixée par des points de suture compléta l'appareil, et le malade retourna chez lui sans éprouver de douleurs ni de faiblesse. L'appareil fut renouvelé et réappliqué tous les deux jours, après quelques embrocations chaudes sur le membre. La tête de l'humérus avait un peu de tendance à se reporter en arrière : elle faisait entendre un léger bruit de choc dans ses mouvements en avant, et il semblait nécessaire de la fixer dans ce sens.

Il y avait certainement ici luxation en dehors. En effet, il suffit de remarquer que la tête de l'humérus ne pouvait pas être sentie sur le bord coracoïdien de l'acromion, où elle proémine habituellement d'un demi pouce, et qu'elle faisait au contraire une saillie de près de six lignes sur le bord postérieur de la même apophyse, où on ne la voit point à l'état normal. *M. Sédillot* ne pense pas que ce soit ici un cas de luxation incomplète. Pour moi, je per-

siste dans mon opinion. Remarquons, en effet, certains caractères observés avant la réduction : si la luxation eût été complète, la tête de l'humérus se fût trouvée à plus d'un pouce en arrière du sommet de l'acromion, et elle n'en était qu'à quelques lignes; la cavité glénoïde eût été complétement vide, et elle l'était si peu qu'on pouvait confondre, jusqu'à un certain point, la dépression deltoïdienne avec celle qui résulte d'une fracture du col chirurgical de l'humérus; le coude eût été entraîné jusqu'au niveau des cartilages costaux, et il n'était que légèrement incliné en dedans et en avant; enfin, la fosse sous-épineuse eût été occupée presque en entier par la tumeur, et elle n'en était en quelque sorte que bordée en avant. Ces raisons pourront bien sans doute ne pas paraître concluantes aux yeux de tous les praticiens, d'autant mieux qu'après une aussi longue durée du mal on peut objecter que les parties ont dû s'aplatir, et les saillies comme les creux perdre de leur étendue; mais toutes les raisons qu'on pourrait donner en faveur de l'existence d'une luxation complète seraient, je crois, moins concluantes encore.

Obs. II. — *Chute sur le coude et le devant de la poitrine. — Mouvements impossibles* ou *très douloureux. — Allongement du bras. — Saillie de la tête de l'humérus sous le bord postérieur de l'acromion. — Diagnostic. — Luxation sous-épineuse incomplète. — Réduction facile. — Guérison très prompte.* — N***, âgé de cinquante ans, grand, un peu maigre, sujet à des douleurs rhumatismales, quoique d'une bonne santé habituelle, tomba, en montant un escalier, sur le coude gauche et le devant de la poitrine. Ne pouvant remuer le bras, et souffrant de l'épaule, il se fit admettre le lendemain à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. *Andral* qui, après avoir prescrit des cataplasmes et d'autres topiques adoucissants, l'envoya dans ma division au bout de trois jours. Le membre offrait exactement les mêmes caractères anatomiques que dans l'observation

précédente : mouvements volontaires impossibles ou très douloureux, allongement de huit lignes au bras, dépression sur le devant et en dedans de l'acromion, légère saillie de la tête humérale en arrière. Croyant à une luxation incomplète, je résolus d'en tenter aussitôt la réduction. On fit asseoir le malade sur une chaise; un aide placé derrière lui embrassa l'épaule des deux mains en avant et en arrière, comme pour faire la contr'extension. Ayant saisi le bras au dessus du coude avec la main droite, et l'avant-bras demi-fléchi avec la main gauche, je soulevai le tout en tirant un peu, comme pour faire basculer la tête de l'humérus de haut en bas et d'arrière en avant. Le déplacement disparut brusquement avec bruit, avant que j'eusse élevé le coude au niveau de la ligne horizontale et sous le simple effort de mes mains. Dès lors, plus de difformité, ni de douleurs, les mouvements de l'articulation se rétablirent aussitôt, et le malade sortit très bien guéri de l'hôpital au bout de quatre jours.

Ce dernier fait ne me paraît laisser aucun doute. Le genre de difformité et surtout la manière dont la réduction s'est opérée ne permettent pas plus de songer à une luxation complète, qu'à une absence de déplacement. Si l'origine du mal, la forme de l'épaule, et le rétablissement instantané des fonctions du membre, mettent la luxation hors de doute, la facilité de la réduction ne rend-elle pas incontestable la luxation incomplète ?

Beaucoup de praticiens ont admis les luxations incomplètes de l'humérus, du côté de l'aisselle. En 1834, M. *Laugier* en a cité une dans les Archives générales de Médecine. M. *Cooper* en a également rapportée. J'en avais déjà cité quelques autres, appuyées de l'autopsie cadavérique. Ces diverses observations pouvaient néanmoins présenter quelques doutes. En effet, on voit dans les observations de M. *Laugier* et de M. *Cooper*, que la réduction fut impossible, ce qui ne s'accorde guère avec l'idée d'une

luxation incomplète. L'état des pièces recueillies sur le cadavre dans les observations que j'avais citées, pouvait être attribué à une lésion organique de l'articulation; aussi M. *Sédillot* contestait-il toujours la possibilité de ce genre de luxation.

L'observation suivante la met bien, je crois, dans toute son évidence. Il s'agit ici d'une luxation de l'épaule datant de vingt et un ans. Le malade étant mort, M. *Rufz* alors interne a disséqué cette articulation.

Obs. III. — *Chute sur l'épaule, vingt et un ans auparavant. — Réduction incomplète. — Point de changement dans la longueur du membre. — Signes de luxation postérieure. — Mort. — Dissection de l'articulation.* — Le malade avait fait une chute vingt et un ans avant son entrée à l'hôpital sur la place de l'Estrapade, à Paris, et s'était démis le bras. Un rebouteur prétendit, après quelques tractions, l'avoir guéri; mais les mouvemens du bras ne se rétablirent pas, et lorsque le blessé consulta plus tard un chirurgien, celui-ci constata la persistance de la luxation, et l'engagea à garder son membre dans l'état où il se trouvait, sans exposer le peu de mobilité qu'il pouvait recouvrer, et peut-être sa vie, dans des tentatives inutiles, en raison de l'ancienneté du déplacement (il datait d'un mois ou six semaines).

Le malade avait suivi cet avis, et le bras avait peu à peu repris quelques mouvements, quoique moins fort et moins gros que celui du côté opposé : il était cependant encore très musclé. La saillie detloïdienne n'avait pas tout à fait disparu ; mais, en portant la main sur elle, on sentait proéminer l'extrémité de l'acromion, et les doigts s'enfonçaient au dessous de cette apophyse; la tête de l'humérus était au dessous de l'apophyse coracoïde. Le bras mesuré de l'acromion à l'olécrâne offrait la même longueur que le droit; les mouvements d'élévation étaient peu étendus, et le malade, en baissant la tête, pouvait à peine

porter les doigts à son front. La rotation était à peu près abolie, et, en examinant le mécanisme des mouvements, on reconnaissait qu'ils appartenaient presque tous à l'omoplate. Ce malade était entré à l'hôpital pour subir une amputation de la jambe, opération dont il mourut quelques jours après.

Dissection de l'articulation.—La peau de la région scapulo-humérale ne présente aucune cicatrice ni aucune adhérence avec les parties sous-jacentes. Les muscles sont volumineux, rouges et d'un bel aspect. On incise le grand pectoral et le grand dorsal à trois pouces de leur insertion à l'humérus, le deltoïde au dessous des apophyses acrômion et coracoïde. Le tissu cellulaire de la face interne est plus fibreux qu'à l'état normal, et plus intimement uni à la tête humérale. Le tendon de la longue portion du biceps et le coraco-brachial n'offrent rien à noter; le tendon du muscle sous scapulaire est très large, aplati, moulé sur la tête de l'humérus et sur la capsule, dont on le sépare très difficilement. Les muscles sus et sous épineux et petit rond se confondent à leur terminaison avec le tissu fibreux articulaire, sans cesser d'être reconnaissables. Tous ces muscles sont volumineux, sans indices de lésions soit récentes, soit anciennes; détachés de l'omoplate, ils laissent l'articulation parfaitement à découvert. La face antérieure et externe de cette articulation étant vue en avant et réduite aux éléments ostéo-fibreux, l'épaule n'offre pas les signes ordinaires d'une luxation; la tête de l'humérus est à la vérité moins saillante au dehors que dans l'état naturel, et n'atteint pas le bord de l'acromion; mais elle se trouve sous cette apophyse, et paraît aplatie et déformée; elle a trois pouces de largeur et recouvre toute la cavité glénoïde, puis se porte en dedans, au dessous de l'apophyse coracoïde, avec la face inférieure de laquelle elle est dans un rapport immédiat. La coulisse bicipitale offre un point osseux de quatre lignes environ de hauteur, sous lequel

glisse avec facilité le tendon de la longue portion du biceps. En général, le tissu fibreux est abondant, fortement prononcé, et se confond avec l'origine du ligament capsulaire, qui n'a que quatre ou cinq lignes d'étendue, les os s'écartant à peine l'un de l'autre à la partie supérieure de l'articulation. La face interne et inférieure laisse apercevoir : 1° la fosse sous-scapulaire; 2° un rebord osseux long de deux pouces qui forme la limite de la nouvelle cavité du scapulum; 3° la tête de l'humérus parsemée de tubercules osseux et placée au dessous de l'apophyse coracoïde, qu'elle dépasse à peine en dedans, où elle forme une saillie considérable de deux pouces trois lignes de hauteur; 4° une capsule fibreuse très dense et très épaisse, se portant du scapulum à l'humérus dont elle recouvre un pouce en haut, dix-huit lignes en bas; 5° le tendon du muscle sous-scapulaire fixé au dedans de la coulisse bicipitale, dans une étendue de plus d'un pouce. Vue par sa face postérieure, l'articulation ne présente pas moins de difformité. La fosse sous épineuse et le bord correspondant de la cavité glénoïde paraissent normaux. L'humérus repose sur ce dernier et le dépasse de six lignes en bas et de deux en arrière : il est aplati et a la forme d'une pyramide triangulaire, épaisse d'un pouce en haut et de deux en bas. La portion de capsule qui réunit les deux os est très dense et leur permet peu de mobilité; la longue portion du muscle triceps s'insère très près d'elle et lui envoie des prolongements. Il résulte de l'ensemble de cette description que la tête de l'humérus occupe en même temps toute la cavité glénoïde, le col glénoïdien et une petite partie de la fosse sous scapulaire, qu'elle est fort aplatie, étroite et mince en dehors, renflée en dedans et articulée d'une manière presque immobile sur le scapulum par une capsule qui ne mérite ce nom qu'en dedans, où elle recouvre, en effet, une assez grande épaisseur de la tête osseuse, tandis qu'en bas et en dehors elle s'insère presque au point

de contact des os. Ces choses étant bien constatées, l'articulation fut alors ouverte par sa partie supérieure en incisant le tendon du sus-épineux et la capsule, ou plutôt le ligament court et résistant qui la remplace. L'incision fut prolongée en dedans et en dehors, et ce tissu avait une telle force qu'il fut impossible de le déchirer dans aucun point, et même en se servant de l'humérus en guise de levier et en agissant sur des portions isolées. Les deux os séparés, on vit qu'ils se joignaient par une espèce de ginglyme, et que les surfaces de rapport étaient extrêmement déviées de leur forme naturelle. La nouvelle surface articulaire du scapulum était beaucoup plus large que la naturelle; elle était formée aux dépens de la cavité glénoïde et de tout le col de cette cavité, jusqu'au dessous de l'apophyse coracoïde Il en résulte la disparition complète du bourrelet glénoïdien et du bord qu'il surmonte. Cependant un changement de direction ou de niveau indique très bien la situation et permet de partager cette nouvelle cavité en deux portions; l'une externe, ancienne cavité normale, encore un peu concave, très allongée, se réunit par une surface mousse, mais un peu moins saillante à la seconde ou interne qui s'incline vers la fosse sous scapulaire, où elle se termine par un rebord osseux. Cette large surface articulaire a deux pouces cinq lignes de hauteur et un pouce quatre lignes de diamètre transversal à son tiers supérieur, deux lignes de moins à son tiers inférieur. Le tissu osseux est à nu et on retrouve à peine quelques traces de cartilage et de périoste. La portion intra articulaire du biceps est très volumineuse; elle s'insère normalement au scapulum, et se continue vers le bord postérieur de la cavité glénoïde avec le bourrelet glénoïdien qui a acquis un très fort volume et est ossifié dans une étendue de treize lignes : une facette de contact existe à la face inférieure de l'apophyse coracoïde. La tête de l'humérus n'est pas moins altérée : au lieu d'offrir une forme sphérique, elle est for-

tement creusée dans son milieu et de haut en bas par un sillon profond qui la partage en deux portions : l'une externe, assez mince et un peu plus large, irrégulièrement convexe, répond à l'ancienne cavité glénoïde, l'autre interne, presque plane, très épaisse, appuyée sur le prolongement de la nouvelle surface articulaire du scapulum. Le sillon profond qui a été noté est en rapport avec l'angle mousse, qui divise en deux la cavité de réception de l'omoplate. L'humérus a, dans sa surface articulaire, deux pouces trois lignes de hauteur, deux pouces de largeur et deux pouces neuf lignes en mesure oblique. La substance osseuse est à nu, et il n'existe que des traces à peine sensibles de cartilage sur les points les moins exposés au frottement. L'humérus tout entier est moins long et moins gros que celui du côté sain ; ce qui explique comment le bras ne paraissait pas allongé pendant la vie.

Cette pièce prouve incontestablement l'existence d'une luxation incomplète. *M. Sédillot*, qui a vu le malade pendant sa vie, et qui a disséqué l'épaule avec *M. Rufz*, n'admet pas même dans ce cas la luxation incomplète ; il croit que la luxation était complète primitivement et qu'elle n'a pris ce caractère que secondairement. Malgré la valeur des recherches de *M. Sédillot* et la force des arguments donnés en faveur de son opinion à l'occasion de ce malade, je ne puis la partager, et je persiste à regarder ce cas comme un exemple des mieux constatés d'une luxation incomplète de l'humérus.

2° *Luxations antéro-internes ou axillaires.* En se portant vers l'aisselle, la tête de l'humérus ne conserve pas toujours les mêmes rapports avec les parties voisines, de là les différentes espèces de luxations du bras qu'on a voulu établir de nos jours. Si les auteurs classiques n'ont établi presque aucune distinction entre les différentes luxations axillaires, les auteurs modernes en ont multiplié souvent

sans motifs les variétés : c'est ainsi que *M. Sédillot*, par exemple, nomme *luxation intercostale* la luxation dans laquelle la tête de l'humérus a passé entre deux côtes pour se loger dans la poitrine. Alors pourquoi ne pas en faire une autre espèce de celle qui a été rapportée par *Percy*, et dans laquelle le bras avait traversé le thorax de part en part? Il en est de même encore de quelques autres variétés admises par *M. Sédillot*, de la luxation *sous-coracoïdienne*, *scapulo-claviculaire*, *costo-claviculaire*. Je crois ne devoir admettre comme véritablement utiles dans la pratique que trois variétés bien séparées : 1° *la luxation sous-pectorale*; 2° *la luxation sous-scapulaire*; 3° *la luxation sous-claviculaire*. Ces luxations ont en effet un mécanisme et un siége tout à fait différents, et exigent pour leur réduction des moyens qu'il ne faut pas confondre.

Luxation sous pectorale. C'est celle dans laquelle la tête de l'humérus s'est placée dans le creux de l'aisselle entre les muscles sous scapulaire et pectoraux. C'est cette variété que les auteurs ont nommé *luxation en bas* et celle que M. *Sédillot* nomme *luxation axillaire*.

Luxation sous-scapulaire. Dans celle-ci, la tête de l'humérus se loge dans la fosse axillaire du scapulum, et est séparée du creux de l'aisselle par le muscle sous-scapulaire.

Luxation sous-claviculaire. Ici la tête de l'humérus remontée près de la racine de l'apophyse coracoïde ou de la clavicule, se trouve comme bridée en dessous par la portion supérieure du muscle sous-scapulaire.

La luxation sous pectorale aura principalement lieu si au moment du déplacement, le bras se trouve élevé au dessus de l'angle droit sur le scapulum. La capsule se déchire alors en bas et en dedans, de telle façon que la tête de l'humérus glisse sur le bord inférieur ou bien à travers les faisceaux les moins élevés du muscle sous-scapulaire pour se loger sous le muscle grand pectoral, un peu plus haut, un peu plus bas, dans le creux de l'aisselle.

On doit s'attendre à la luxation sous-scapulaire, si le coude est un peu moins élevé, ou à peu près sur le même plan que l'épaule, lorsque le déplacement s'effectue, soit par cause directe, soit par cause indirecte.

La luxation sous claviculaire n'est guère possible, qu'à la suite de violences exercées sur le coude ou sur la main de bas en haut, et de dehors en dedans, ou bien à l'occasion d'efforts et de coups portés sur le tiers supérieur dans le même sens, pendant que le coude serait retenu par quelque puissance.

Ces trois sortes de luxations antéro-postérieures, sous-pectorale, sous-scapulaire, sous-claviculaire présentent des signes différentiels qui varient très peu. Je vais vous les présenter d'une manière générale.

Dans la luxation sous-pectorale, le muscle grand pectoral est plus ou moins élevé et bombé. La dépression sous-claviculaire est conservée, l'acromion est très saillant, il y a un aplatissement considérable du deltoïde. La tête de l'humérus est presqu'à nu sous la peau dans l'aisselle qu'elle remplit. Elle est facile à sentir à travers le grand pectoral d'avant en arrière; les mouvements volontaires et les mouvements communiqués sont généralement assez faciles, le coude est écarté du thorax et légèrement porté en arrière. Le bras est plus long de *deux* à *douze* lignes, que celui du côté opposé; l'angle inférieur du scapulum est fortement relevé en arrière, et écarté de la colonne vertébrale.

Dans la luxation sous-scapulaire le grand pectoral est à peine soulevé ou bombé. Le creux sous-claviculaire est à peu près effacé, l'acromion est moins saillant et le deltoïde moins tendu; la tête de l'humérus est séparée de la peau de l'aisselle par une couche épaisse de tissus; on ne la sent que difficilement à travers le grand pectoral : on peut glisser les doigts entre elle et la paroi interne du thorax. Les mouvements du bras sont bornés assez difficiles, et produisent une sorte de

crépitation, le coude est écarté du thorax et porté un peu en avant : le bras est de quelques lignes plus long, de quelques lignes plus court que celui du côté opposé, ou de même longueur que celui du côté opposé : tout le bord du scapulum est soulevé en arrière.

Dans la luxation sous claviculaire, le grand pectoral est épaissi sans être soulevé, il y a un relief à la place du creux sous-claviculaire, la saillie acromiale et la dépression deltoïdienne sont plus évidentes en arrière qu'en avant, la tête de l'humérus est au sommet de l'aisselle, et difficile à bien sentir; elle est appréciable en avant à travers la portion élevée des muscles deltoïde et grand pectoral; les mouvements sont douloureux et presque impossibles à produire : quelquefois il y a de la crépitation, le bras est légèrement déjeté en arrière, mais à peine écarté du thorax en dehors; le membre est plus court que celui du côté opposé, le bord postérieur de l'omoplate est plus saillant ou plus soulevé en haut qu'en bas.

Dans ces trois espèces de luxations que j'ai établies, il peut se trouver des nuances assez voisines l'une de l'autre pour embarrasser le praticien, pour en rendre la détermination rigoureuse impossible : dans quelques cas, par exemple, que la petite tête de l'humérus soit fracturée ou non, il arrive que la tête cartilagineuse s'engage entre les fibres du muscle sous scapulaire, en bas, en haut, ou au milieu, au point d'en rendre le dégagement et la réduction très embarrassants et très difficiles; mais à en juger par ce que j'ai observé, ces cas doivent être assez rares.

Le soulèvement de l'angle inférieur, de l'angle supérieur ou de tout le bord postérieur de l'omoplate, et l'écartement plus ou moins manifeste de la partie de l'épine vertébrale, m'ont semblé mériter dans la pratique une attention qu'aucun auteur, excepté *M. Sédillot*, ne leur a donnée jusqu'ici.

Je vous ai parlé d'un *craquement* particulier qui se rencontre dans la luxation sous-scapulaire. Ce signe existe aussi quelquefois dans la luxation sous-claviculaire; mais on ne l'observe pas dans les luxations sous-pectorales. Ce bruit est parfois très fort. Pour le bien entendre ou le bien sentir, il faut embrasser à pleine main le sommet de l'épaule, en appuyant sur l'acromion, pendant que de l'autre main on imprime des mouvements un peu brusques de rotation et de refoulement au bras. Pouvant faire naître l'idée d'une fracture du col anatomique ou chirurgical de l'humérus, de la clavicule, de l'apophyse coracoïde ou de l'omoplate, ce symptôme doit être étudié avec soin. Tout ce que j'en puis dire, c'est qu'au lieu des caractères de la crépitation fine ou sonore d'un os brisé, il a quelque chose de sourd, de profond, du *croquant* des cartilages, qui indique que deux corps durs et bosselés glissent l'un sur l'autre.

Obs. IV. — *Chute dans un escalier. — Luxation sous-scapulaire droite. — Craquement des surfaces articulaires simulant la fracture du col de l'humérus. — Allongement du bras luxé de trois lignes le premier jour de l'examen du bras. — Disparition de cet allongement le lendemain.* — Michot Suzanne, âgée de soixante-cinq ans, marchande, d'une bonne constitution, fit, le 20 juin 1835, une chute dans un escalier, sans savoir précisément comment était placé son bras droit, qui depuis ce moment resta douloureux dans son articulation avec l'épaule; elle se releva seule, ne put se servir de ce bras et garda la chambre.

Le 23 juin elle entre à l'hôpital de la Charité; elle présente le coude droit écarté de la base de la poitrine en devant, avec impossibilité de le mouvoir en avant et en arrière; elle peut le rapprocher du tronc, mais lentement : néanmoins elle ne peut mettre la main sur la tête. Il y a une concavité à la partie externe de l'épaule avec saillie de l'acromion. Lorsqu'on relève le bras à angle droit il n'y a pas de dépression sous-claviculaire de ce côté. Dans l'ais-

selle on sent très distinctement, au dessous, la tête de l'humérus qui se meut lorsqu'on remue le membre. Le bras, mesuré de l'acromion à l'épicondyle, est plus long d'environ trois lignes que celui du côté gauche. Dans les mouvements du bras on sent très distinctement un *craquement* produit par des surfaces raboteuses, mais non une crépitation nette : de sorte qu'il est probable qu'il n'y a pas de fracture du col de l'humérus, et qu'il s'agit seulement d'une luxation sous-scapulaire. La réduction a été essayée une première fois par l'élévation du bras parallèlement à l'axe du corps, et n'a pas réussi; on n'insiste pas, dans la crainte d'une luxation compliquée de fracture. Le 24 juin, l'allongement du membre n'a pas été retrouvé. On maintient le bras appliqué sur la poitrine jusqu'au 3 juillet. Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, et depuis que le bras est maintenu appliqué sur la poitrine, les mouvements sont devenus plus libres, la malade lève le coude à angle droit, avance et recule le bras. La réduction est alors essayée par les moyens ordinaires, c'est à dire par l'extension horizontale : elle réussit facilement. On maintient libre le bras appliqué contre la poitrine; le craquement et tous les autres symptômes ont disparu : les mouvements ne sont plus gênés, et la malade peut se servir de son bras sans douleurs. Elle sort le 12 juillet suivant (1).

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. La longueur d'abord plus grande du bras est un phénomène qui démontre, contrairement à ce qu'ont dit quelques chirurgiens modernes. que la tête de l'humérus n'est pas susceptible de déplacements consécutifs. Ajoutez à cette particularité, le craquement, la crépitation très prononcée dont l'épaule était le siége, et qui auraient pu aisément faire croire à une fracture du col anatomique de l'humérus, soit simple, soit compliquée de luxation. Aussi *MM. Sédillot*, *Hippolyte Larrey*,

(1) Observation recueillie par *M. Agneil.*

et quelques autres praticiens qui virent la malade, restèrent-ils dans le doute comme moi pendant quelques jours. Ayant constaté depuis le même bruit, et l'expliquant par le frottement de l'os du bras contre le côté interne de la cavité glénoïde, il m'a servi à caractériser les luxations sous-scapulaires et sous-claviculaires. Un malade que j'ai vu en mai 1837 avec *M. Bérard* aîné, à l'hôpital Saint-Antoine, et qui offrait ce craquement au plus haut degré, a complétement justifié mes remarques sous ce rapport.

Le *changement* de longueur dans le bras est un point qui mérite beaucoup d'attention, et qu'il importe d'éclaircir après tout ce qui a été dit à ce sujet dans ces derniers temps. Je vais donc étudier avec soin ce symptôme. Cette remarque de l'allongement du bras avait été déjà faite par les anciens : *Celse* (1) avait dit que le bras luxé était plus long que l'autre, quand la luxation avait lieu en dedans. *Duverney* (2) ne s'est pas borné à noter le fait ; il a cherché à s'en rendre compte en disant que le bras était plus long parce que la tête de l'os se trouve au dessous de la cavité glénoïde. *Petit Radel* (3) prétend qu'on ne remarque l'allongement que dans les luxations internes ou externes, tandis que dans les luxations en avant, on observe un raccourcissement. *M. Malgaigne* (4) soutint que l'allongement du bras était constant dans toute luxation de l'épaule, qu'il ne peut jamais être raccourci. Enfin, *M. Sédillot* (5) prétendit que l'absence de cet allongement serait inexplicable dans les luxations récentes de l'humérus. Je partageai d'abord l'opinion de ces deux auteurs, opinion fondée sur les données anatomiques des observations et des expériences. Voyant d'un autre côté que c'était un moyen

(1) *Celsi. De re medicâ*, livre 8.
(2) *Duverney, Maladies des os*, t. II, p. 142.
(3) *Encyclopédie méthodique*, partie chirurgicale, t. I, p. 227.
(4) *Gazette médicale de Paris*, 1834.
(5) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. II, p. 255.

infaillible de distinguer les luxations des fractures du col de l'humérus, puisque le bras est à peu près inévitablement raccourci dans celles-ci, je ne négligeai rien pour bien vérifier la chose. Je me convainquis alors que cet allongement était loin de toujours exister; je pris toutes mes mesures avec le plus grand soin, les deux bras ayant toujours été mesurés dans la même position, c'est-à-dire en les rapprochant modérément du tronc; un ruban était porté ensuite de l'angle postérieur de l'acromion au sommet de l'épicondyle, ou de l'épitroklée, ou de l'olécrâne. J'ai trouvé chez les uns un raccourcissement, chez les autres un allongement. J'ai fait ces observations soit à l'hôpital de la Pitié, soit à l'hôpital de la Charité, depuis la fin de 1834 et le commencement de 1835, époque à laquelle je fis sur ce sujet deux leçons cliniques. D'autres personnes ont confirmé la plupart de mes observations : *M. Laugier* avait déjà trouvé un demi-pouce de raccourcissement dans une luxation qu'il croyait incomplète; *M. Robert* m'en a communiqué un exemple plus concluant encore; enfin, *M. Maisonneuve*, qui était alors interne dans mon service, fit de nombreuses expériences sur le cadavre, et il alla bientôt jusqu'à dire, dans sa thèse inaugurale (1), que dans les luxations de l'humérus le bras est toujours raccourci.

Il est donc certain que tantôt le bras est allongé, et que tantôt il est raccourci dans les luxations de l'épaule. Quelles sont les causes de ces différences? Je pensai d'abord pouvoir expliquer le raccourcissement du bras dans quelques luxations de l'épaule, en admettant que, dans certaines d'entre elles, l'omoplate éprouve un mouvement de bascule qui abaisse plus ou moins le sommet de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, en même temps que l'humérus déplacé représente une ligne diagonale, eu égard à l'axe qu'on tire de l'acromion à l'épicondyle. Mais, après

(1) Thèse n° 101. Paris, 1835.

avoir fait des expériences sur le cadavre, je me suis assuré qu'il y avait allongement de quelques lignes, d'un demi-pouce, d'un pouce même, dans les luxations *sous-pectorales*; une longueur à peu près égale, de deux ou trois lignes, en plus ou en moins que du côté sain, dans les luxations *sous-scapulaires*; enfin un raccourcissement variant de quelques lignes, à un pouce, dans les luxations *sous-claviculaires*. J'ai fait sur le vivant les applications de ces expériences sur le cadavre, et jusqu'à présent je les ai trouvées parfaitement exactes.

A ce sujet, Messieurs, j'ai fait une remarque qu'il est bon de ne pas perdre de vue, relativement à la longueur du bras luxé; c'est que certains sujets ont les membres de longueur dissemblable avant l'accident, et cela pour causes diverses. Il faut donc se tenir sur ses gardes à cette occasion. En novembre 1836, il vint à la clinique de la Charité une femme âgée de soixante-treize ans, qui s'était luxé l'épaule gauche dix jours auparavant. Ici la mesure comparative était impossible, car le bras droit, qui n'avait pris aucun développement depuis l'âge de dix ans, semblait être complètement atrophié; la luxation était sous-scapulaire, et fut facilement réduite par les tractions horizontales.

M. *Sédillot*, modifiant ses premières opinions, prétendit plus tard que, loin d'être toujours allongé, le bras luxé devait être constamment raccourci, quand on prenait la précaution de le tenir dans une position horizontale, c'est à dire à angle droit sur le tronc, pendant qu'on en prend la mesure comparative. En effet la tête de l'humérus ayant glissé du côté de la fosse sous-scapulaire, doit se trouver sur un plan postérieur à celui de la cavité glénoïde, ce qui rend inévitable le raccourcissement du membre. Cette manière de voir que j'adoptai d'abord ne tarda pas à être démentie par l'observation.

Obs. V. — *Chute sur le coude gauche.— Luxation sous-scapulaire.—Allongement du bras de quatre lignes dans la position horizontale.*—Le 5 septembre 1836 on conduisit à l'hôpital de la Charité, pendant la visite, un jeune homme âgé de vingt-sept ans, exerçant la profession de boucher, et très fortement musclé. Il s'était luxé l'épaule gauche le matin même en tombant sur le coude. Tous les signes de la luxation sous-scapulaire existaient Mesuré le long du tronc le bras luxé offrit une longueur égale à celle de l'autre. Relevé à angle droit, nous le trouvâmes plus long de *quatre lignes.* Surpris de ce résultat inattendu, je répétai et fis répéter l'expérience un grand nombre de fois et de toutes les façons possibles, sans pouvoir obtenir autre chose. Le fait étant bien constaté, il fallait donc faire céder l'impossibilité anatomique à l'examen clinique. J'opérai la réduction au moyen de l'extension horizontale, et nous réussîmes.

Sur cinq autres sujets dont le bras était luxé, et sur lesquels je mesurai comparativement les bras dans la position horizontale, j'ai trouvé aussi cet allongement, ou au moins aucun raccourcissement. Sur l'un d'eux, j'ai même rencontré un allongement de près d'un pouce.

Obs. VI. — *Chute sur le côté, le bras droit étendu.* — — *Luxation sous pectorale.* — *Allongement dans le sens horizontal* (un centimètre) *et dans le sens vertical* (deux centimètres).— *Réduction.* — *Louis Brunet*, âgé de trente-neuf ans, entra à l'hôpital de la Charité le 26 avril 1837. Il avait fait une chute le 18 avril au soir. En atteignant le haut d'une rampe d'escalier, un de ses pieds ayant été retenu par le rebord de la dernière marche, il tomba de côté, sur le pallier, en étendant le bras droit vers le mur. Mais ce point d'appui ne fut rencontré par le coude et l'avant-bras demi-fléchi, que lorsque l'équilibre ne pouvait plus être rétabli; de sorte que l'articulation de l'épaule droite supporta sous le poids du corps une extension for-

cée. Immédiatement après la chute, il a si peu souffert qu'il a pu se déshabiller, et s'endormir comme s'il n'avait éprouvé qu'une légère contusion. Cependant, au milieu de la nuit, il fut réveillé par de vives douleurs dans l'épaule, et c'est alors seulement qu'il commença à s'apercevoir que les mouvements de son bras étaient devenus très difficiles. Pendant les trois ou quatre jours suivants, il fit sur la partie malade des applications d'eau-de-vie et de savon qui firent disparaître le gonflement et la douleur. La gêne des mouvements persista, et les efforts que faisait le malade pour étendre son bras en avant, produisaient dans tout ce membre un engourdissement et des fourmillements qui l'empêchèrent de reprendre son état de tailleur. Huit jours après son accident, il entra à l'hôpital de la Charité.

Cet homme a eu jadis la clavicule droite fracturée dans son milieu. On voit encore sur ce point un cal assez volumineux. Il n'a jamais eu de luxations de l'épaule, ni de fractures du bras.

Examen de la partie malade. L'acromion fait une saillie considérable en dehors, ce qui donne à l'épaule, une forme anguleuse très prononcée. Si l'on déprime avec les doigts les faisceaux externes du muscle deltoïde, tendus perpendiculairement au dessous de cette apophyse, on ne sent point la tête arrondie de l'humérus, et l'on n'est arrêté que par la surface glénoïdienne. Au niveau du tiers externe du grand pectoral, à deux ou trois travers de doigt de la clavicule, existe une bosse arrondie qui est due au soulèvement des parties molles par un corps dur, que l'on fait tourner sur place, sans douleur ni craquement, en imprimant au bras de légers mouvements de rotation sur son axe. C'est évidemment la tête de l'humérus sortie de la cavité glénoïde.

L'angle postérieur et inférieur de l'omoplate est soulevé et plus écarté du sillon dorsal que celui du côté gauche. La même différence existe pour l'angle supérieur.

La région sous-épineuse est plus oblique en devant et en dehors que celle du côté sain, et le relief du muscle sous-épineux dont les fibres sont distendues est tout à fait effacé.

Le coude est écarté du tronc et porté un peu en arrière : on peut sans déterminer de douleur le ramener sur le côté et même un peu en devant, mais non le rapprocher du thorax. Ces mouvements font remonter la saillie sous-pectorale. Si on examine la face externe et postérieure du bras, on voit, au niveau de l'insertion deltoïdienne, une dépression très marquée, dont on augmente la profondeur en élevant le coude en dehors. Si en maintenant cette portion, on palpe le creux axillaire, on sent derrière la paroi antérieure, la tête de l'humérus au dessous de la peau. L'élévation du coude au devant de la poitrine est impossible. L'élévation du bras en dehors peut être portée jusqu'à la position horizontale.

La réunion de tous ces signes ne permet pas de douter de l'existence d'une luxation de l'épaule en bas et en avant (luxation sous-pectorale), il n'y a aucun signe de fracture du col de l'humérus, ni des os de l'épaule, ni de toute autre complication.

Pour compléter la collection des signes de cette luxation. On mesure comparativement les deux bras, d'abord dans la position verticale, c'est à dire abaissés le long du thorax, puis dans la position horizontale en dehors, en prenant pour points fixes des mesures la saillie postérieure de l'apophyse acromion et l'épicondyle. Dans la position verticale, le bras luxé est plus long que l'autre de près de *deux centimètres*, dans la position horizontale il est plus long *d'un centimètre* seulement.

Le 28 avril on procède à la réduction de la manière suivante : le malade étant couché sur un plan horizontal, un aide fait la contr'extension en déprimant l'épaule avec le pied. *M. Velpeau*, après avoir étendu le membre luxé,

lui fait décrire un demi-cercle horizontal, et en confie l'extrémité à un aide vigoureux, qui placé vers la tête du malade pour la contr'extension, est chargé d'exercer dans la direction de l'axe du corps, de fortes tractions. En même temps, le chirurgien fait la coaptation; dès que la tête de l'os est dégagée de dessous les muscles pectoraux et placée en face de la cavité glénoïde, il s'empare du bras luxé avec la main gauche, et le ramène promptement sur le côté du thorax, tandis qu'avec sa main droite il refoule la tête de l'humérus, en dehors et en haut. Une seule tentative a suffi pour opérer la réduction qui n'a pas été douloureuse. Avant d'envelopper le bras d'une écharpe, on le mesure de nouveau comparativement à l'autre, et on les trouve parfaitement égaux. Le lendemain *Brunet* sortit de l'hôpital (1).

Obs. VII. *Chute sur le bras gauche. — Luxation sous-scapulaire. — Allongement horizontal du bras luxé d'un pouce.* — *Lafond*, âgé de trente-deux ans, tailleur, est entré à l'hôpital de la Charité le 19 janvier 1837. Le 16 de ce mois il a fait une chute sur le bras gauche, mais il ne peut rendre compte des circonstances de cette chute. Voici les symptômes qu'il présente :

Le coude gauche est écarté du tronc de quatre à cinq pouces; il y a impossibilité pour le malade de le rapprocher du corps; dépression au niveau du deltoïde, au dessous de l'acromion, qui fait saillie à la partie externe de l'épaule, où le toucher ne peut constater la présence de la tête de l'humérus. L'angle inférieur de l'omoplate est plus écarté de la ligne médiane que dans l'état normal. On sent une tumeur arrondie, dure dans l'aisselle, un peu au dessous et à la partie interne de l'apophyse coracoïde. Mis dans une position analogue, le long de la poitrine et me-

(1) Observation recueillie par *M. Moissenet*, élève interne à l'hôpital de la Charité.

surés de l'angle postérieur de l'acromion à l'épitroklée, les deux bras offrent exactement la même longueur. Soulevés à angle droit et d'une manière égale des deux côtés, puis mesurés à partir des mêmes points, ils diffèrent beaucoup. En effet, le bras luxé est d'*un pouce* plus long que le bras sain. Pour s'assurer qu'il n'y a pas d'erreur sous ce rapport, plusieurs personnes renouvellent l'examen le dimanche matin et le lendemain au lit du malade. Le ruban est successivement adressé à toutes les saillies de l'acromion et du coude sans donner d'autres résultats; il en est de même à l'amphithéâtre, où les mesures sont prises de nouveau en présence des élèves. Les premières tentatives de réduction dirigées directement en dehors et horizontalement ont rétabli sans peine les surfaces articulaires dans leur état normal; on soutint le membre réduit dans une écharpe, et le malade sortit le lendemain de l'hôpital (1).

Obs. VIII. *Chute. — Luxation sous scapulaire du bras droit. — Même longueur des deux bras, dans la position horizontale et dans la position verticale. — Jules Comte*, corroyeur, âgé de soixante-huit ans, entra à la Charité le 3 mars 1837; il avait fait l'avant-veille une chute de sa hauteur. Il ne peut rendre compte des circonstances de cette chute. Depuis, il n'a pu se servir de son bras droit.

Voici ce que l'on constate. L'épaule droite est beaucoup plus saillante que la gauche : elle semble gonflée ou le siége d'une infiltration. La clavicule de ce côté est moins apparente que celle de l'autre; son extrémité acromiale semble abaissée. Ce n'est qu'avec douleur que le bras se rapproche du corps; il y a un vide sous l'acromion. Le creux sous claviculaire a disparu. Dans l'aisselle, on sent une grosseur que l'on reconnaît pour être l'extrémité supérieure de l'humérus. Le coude est porté en avant plutôt qu'en arrière. Les deux bras, rapprochés du corps, sont de la même longueur; il

(1) Observation recueillie par *M. Gros-Lambert*.

en est de même quand on les relève à angle droit sur le tronc, il n'y avait pas entre eux la moindre différence. *M. Velpeau* procède à la réduction par des tractions horizontales. Ce ne fut qu'à la seconde tentative qu'on réussit. Le bras fut soutenu dans une écharpe. Le lendemain il y avait une vaste ecchymose recouvrant tout le moignon de l'épaule; elle se dissipa au bout de quatre jours presque entièrement. Le malade sortit de l'hôpital le 7 avril (1).

Obs. IX. *Chute sur le côté droit. — Luxation sous-scapulaire, allongement du bras luxé d'un centimètre et demi. — Jacques Greffier,* âgé de cinquante-cinq ans, paveur, étant en état d'ivresse fait une chute de sa hauteur sur le côté droit. Le 20 juin il entre à l'hôpital de la Charité. Voici son état :

Le coude est écarté du tronc et porté en avant, le malade ne peut lui-même imprimer des mouvements au membre. Lorsqu'on cherche à le rapprocher du tronc, la douleur est vive : l'épaule est déformée, sa sphéricité a disparu; l'acromion est saillant; au dessus de cette apophyse on ne sent point par le toucher la tête de l'humérus comme dans l'état normal. Le deltoïde est manifestement tiraillé, distendu et allongé, on voit ses fibres se contracter spasmodiquement tantôt dans un point, tantôt dans un autre, sous l'influence de l'irritation causée par leur distension forcée et permanente. Cette contraction partielle et continue des fibres a lieu sans que le malade veuille imprimer aucun mouvement à son bras, et dans l'état de repos le plus complet. Le creux sous-claviculaire est un peu effacé. La main, portée dans le creux de l'aisselle, trouve une tumeur dure, non sous-cutanée, mais un peu enfoncée dans la profondeur des tissus. Les deux bras dans leur direction naturelle, mais pendants à côté du corps, étant mesurés avec la plus scrupuleuse attention, sont

(1) Observation recueillie par *M. Fortineau.*

exactement de la même longueur; dans la position horizontale, le bras luxé est d'un centimètre et demi plus long que l'autre, soit qu'on le dirige en avant, soit qu'on l'incline autant que possible en arrière.

La réduction fut faite de la manière suivante : on place sous l'aisselle, du côté malade, un coussin sur lequel on applique la partie moyenne d'un drap plié en cravate, dont les chefs sont confiés à des aides; on applique ensuite une serviette sur le poignet, etc., etc. Les tractions sont dirigées horizontalement d'abord, puis rapidement en bas et un peu en avant, pendant que le chirurgien tenant à pleine main le bras du côté malade poussait la tête de l'os dans sa cavité. La tête de l'os rentra sans bruit, ce qui fit que l'extension fut plus énergique et plus soutenue qu'elle n'aurait dû l'être, car rien n'avertissait que les surfaces articulaires fussent déjà en rapport, quand elles s'y trouvaient effectivement; on appliqua des compresses imbibées d'eau blanche sur l'épaule, le bras étant maintenu contre le tronc par quelques tours de bande. Le malade sortit guéri le 28 juin (1).

Obs. X. — *Chute sur le côté. — Luxation sous-scapulaire. — Même longueur des deux bras dans la position verticale. — Allongement de six lignes dans la position horizontale.* — Madame J..., âgée de soixante-deux ans, grande, forte, douée d'un certain embonpoint, jouissant d'une bonne santé, fit une chute dans l'escalier le soir en rentrant chez son fils à Passy; ce fut le coude qui porta sur le sol, et comme pour retenir le tronc à la manière d'un crochet. Il en résulta une douleur vive de l'épaule et l'impossibilité de mouvoir le bras; on me prévint de l'accident le lendemain, et je me rendis près de la malade à midi. La luxation de l'épaule était évidente. Le coude fortement écarté du tronc était un peu porté en avant. Le

(1) Observation recueillie par *M. Gros-Lambert.*

muscle grand pectoral légèrement soulevé laissait apercevoir le creux sous-claviculaire; on sentait dans l'aisselle une tête dure séparée de la peau par une couche épaisse de tissus. Tout le bord postérieur de l'omoplate proéminent est écarté d'un centimètre de plus que celui du côté opposé et dans toute sa longueur. Mesuré de l'angle postérieur de l'acromion à l'épicondyle, le bras tenu près du thorax offre exactement la même longueur que le bras sain. Élevé à angle droit et horizontalement sur le tronc, le bras luxé est de six lignes plus long; une sorte de crépitation, de craquement, qu'on sent bien en embrassant à pleine main le moignon de l'épaule, se manifeste quand on remue le membre, qui peut être facilement porté en avant et en haut.

Pensant avoir affaire à une luxation sous-scapulaire, je crus pouvoir annoncer que la réduction serait facile à l'aide des tractions horizontales. Une serviette roulée en cravate, fixée par sa partie moyenne autour du poignet et dans la main à l'aide de tours de bande, est aussitôt confiée aux deux aides chargés de faire l'extension. La contr'extension est exercée au moyen d'un drap aussi plié en cravate et qui entoure la poitrine en prenant son point d'appui sur une pelotte de linge placée entre les deux bords de l'aisselle du côté malade : une autre personne se chargea de fixer le bord supérieur du scapulum avec la main. Tout étant ainsi disposé, je soulevai le membre à angle droit et me plaçai en avant. Ayant saisi le bras par la face antérieure de la main droite près de l'aisselle, pendant que de la main gauche je l'embrassais par derrière vers le coude, je me mis en mesure de favoriser le mouvement de bascule, et de faire rentrer la tête luxée dans sa cavité naturelle. L'extension était à peine commencée qu'il me suffit du plus léger effort pour remettre les choses en place. La secousse, le bruit caractéristique de ces sortes de réduction, se firent aussitôt entendre, et indiquèrent à la

malade comme aux assistants que le mal avait disparu. L'épaule revint sur le champ à sa forme normale, et les mouvements du bras reprirent leur liberté. Une écharpe pour soutenir le coude et l'avant-bras, des compresses sur l'épaule, et le repos, ont été prescrits pour quelques jours. Le 25 juin, quinze jours après l'accident, la malade n'éprouvait plus qu'un peu de gêne et de raideur dans l'articulation.

Nous avons vu jusqu'à présent des observations avec allongement ou longueur égale à peu près du bras. Ces luxations appartenaient au groupe des sous-pectorales toujours accompagnées d'allongement, ou au sous-scapulaires qui présentent presque toujours une longueur égale ou bien une différence de deux à trois lignes en plus ou en moins. Voici actuellement d'autres observations de luxations sous-scapulaires et sous-claviculaires accompagnées de raccourcissement.

Obs. XI. — *Chute. — Luxation sous-scapulaire droite. — Raccourcissement du bras de trois lignes.* — M. *Solaville*, étudiant en médecine, âgé de vingt-quatre ans, tombe dans un escalier. Le bras d'abord écarté à angle droit, a été ensuite refoulé en arrière. Une douleur violente, qui arrache des cris perçants au malade, se fait aussitôt sentir et se maintient dans toute l'aisselle. J'arrive quatre heures après. M. *Tanquerel des Planches* avait également été appelé. Le bras *de deux à trois lignes* plus court que l'autre, est dévié en dehors et légèrement en arrière du côté du coude. On sent la tête de l'humérus profondément dans le creux de l'aisselle. La dépression sous-claviculaire est effacée; l'affaissement sous-acromial et tous les autres signes de la luxation existent d'ailleurs au plus haut degré.

Nous tentons la réduction par le procédé de M. *Mothe* à deux reprises différentes, mais sans succès. Alors je fis mettre le malade sur une chaise; un drap placé en cravate

sous l'aisselle servit à faire la contr'extension. L'extension fut exercée par deux aides qui s'emparèrent de la main et du poignet; une quatrième personne pressait le haut de l'épaule avec ses mains. Les tractions eurent lieu dans le sens horizontal. Lorsque je les jugeai suffisantes, je m'emparai du bras comme d'un levier du premier genre, et j'abaissai brusquement le coude par un mouvement de bascule. La réduction s'opéra ainsi du premier coup, sans difficulté, et n'a été suivie d'aucun accident.

Obs. XII. — *Chute sur le côté gauche. — Luxation sous-scapulaire gauche. — Raccourcissement de six lignes.* — *Legrand* (Victor-Pierre), âgé de trente-neuf ans, mécanicien, entra le 22 décembre 1834 à l'hôpital de la Pitié. D'après ce qu'il dit, cet homme étant chargé tomba de sa hauteur, le bras gauche sous lui; l'épaule porta contre le sol. La douleur fut violente; il resta sur place, le bras éloigné du tronc. Mesuré avec soin le bras se trouva raccourci d'environ six lignes avant la réduction. La tête de l'humérus profondément cachée paraît s'être logée entre les muscles et la fosse sous-scapulaire, au dessous de l'apophyse coracoïde. Le coude était porté en avant plutôt qu'en arrière.

La réduction fut faite par la méthode horizontale. On maintint le bras dans une écharpe. Il n'y a pas d'ecchymose. Le malade sort de l'hôpital le 6 janvier.

Obs. XIII. — *Luxation sous-claviculaire. — Raccourcissement de six à huit lignes.* — Un homme âgé de trente à quarante ans, qui s'était luxé le bras dans une chute, se fit aussitôt transporter à l'hôpital de la Pitié, vers la fin de février 1836. M. *Maisonneuve*, alors élève interne dans ma division, le visita le soir, reconnut sans peine une luxation sous-claviculaire; en mesurant le membre de l'angle postérieur de l'acromion au sommet de l'épitroklée, on s'assura que le bras était raccourci de six à huit lignes. On procéda sur le champ à la réduction, qui fut

aisément obtenue par le procédé ordinaire. Quand je vis ce malade le lendemain, il n'existait ni ecchymose, ni difformité à l'épaule. Je le renvoyai le troisième jour.

Obs. XIV. — *Chute sur le pavé. — Luxation sous-claviculaire. — Raccourcissement de quelques lignes. — Garier* (Joseph), âgé de soixante et onze ans, portier, entra le 5 janvier 1836 à l'hôpital de la Charité. Ce malade, grand et maigre, glissa et fit une chute violente sur le pavé la veille de son entrée dans l'hôpital. Il ne sait pas exactement quelle partie de son corps a la première frappé le sol; mais il croit que c'est le haut du dos : il n'a pas d'écorchure au coude. Le bras droit est porté un peu en arrière : impuissance complète du membre : si l'on rapproche le coude du tronc, le malade accuse de vives douleurs : il en éprouve moins si on écarte davantage le coude. Le moignon de l'épaule a perdu sa forme arrondie, l'acromion est saillant, et au dessous de lui est une dépression où l'on peut enfoncer profondément les doigts. Les faisceaux tendus du deltoïde se dessinent à travers la peau. Le creux de l'aisselle est vide : le devant de l'aisselle est tendu par la tête de l'humérus qui forme une tumeur arrondie au dessous de la réunion du quart externe, avec les trois quarts internes de la clavicule, et qui est appuyée contre le bord interne de l'apophyse coracoïde. Les deux bras étant mesurés comparativement avec un ruban de fil qu'on fait partir tantôt du sommet, tantôt du milieu, tantôt de l'angle externe de l'acromion pour aller à l'épicondyle, donnent toujours un raccourcissement de plusieurs lignes du côté malade : au moins est-il certain qu'il n'existe pas d'allongement. Le malade se plaint de douleurs vives : il n'a point dormi la nuit passée. Une opération à faire oblige M. *Velpeau* à remettre la réduction au lendemain (liniment laudanisé). Le 6 janvier, M. *Velpeau* procède à la réduction après avoir de nouveau mesuré comparativement les deux bras. On constate le même état qu'hier. On fait

d'abord deux tentatives infructueuses en dirigeant l'extension de haut en bas, de manière à faire coïncider l'axe du membre avec celui du corps. On a recours à l'ancienne méthode par laquelle l'extension, faite à peu près horizontalement, amène la réduction avec facilité, le membre est contenu dans une écharpe et le malade sort aussitôt de l'hôpital (1).

Vous voyez, Messieurs, par ces observations, que dans les luxations de l'humérus l'allongement du bras se trouve être la règle au lieu de l'exception; cet allongement est même quelquefois très considérable, puisque vous avez vu qu'il pouvait même aller jusqu'à un pouce. (*Voyez* Observation 7e.) Ce fait me semble, du reste, difficile à expliquer. A moins d'admettre qu'en relevant le bras on fasse assez basculer l'acromion et la cavité glénoïde en arrière pour augmenter d'un à deux pouces l'espace qui sépare naturellement l'extrémité antérieure de l'épine du scapulum, de l'épicondyle, je ne comprends pas un pareil allongement. Des expériences sur le cadavre donneraient promptement le mot de l'énigme, sans doute; mais je n'ai pas encore eu le temps de m'y livrer.

L'application à la pratique de toutes les remarques que nous venons de faire est surtout importante quand il s'agit de faire un choix entre les nombreuses méthodes qui ont été vantées pour réduire les luxations de l'épaule. Si j'en crois ma propre expérience, en effet, c'est faute d'avoir fait attention aux différences établies plus haut que les praticiens sont si peu d'accord sur la valeur, soit relative, soit absolue, de chaque mode de réduction. En préconisant un procédé quelconque, à l'exclusion de tout autre, comme on l'a fait généralement jusqu'ici, il était impossible d'arriver à rien d'exact; car celui qui convient le mieux, dans l'une des espèces de luxations signalées, sera peut-être le

(1) Observation recueillie par *M. Jewet.*

moins favorable dans les autres espèces. Envisageant donc la question sous ce point de vue, je suis arrivé aux résultats suivants :

1° L'extension verticale, le membre étant relevé du côté de la tête, est la meilleure méthode pour les luxations sous-pectorales ;

2° Pour les luxations sous-scapulaires, c'est l'extension horizontale qui réussit le plus promptement ;

3° Dans les luxations sous-claviculaires, l'extension oblique en bas, puis horizontale, convient mieux que les précédentes. J'ajouterai que, dans la plupart des cas simples, chacun de ces procédés peut suffire, et que c'est précisément ce qui les a fait adopter tous.

Extension verticale. La méthode qui consiste à relever le bras vers la tête, jusqu'à ce qu'il soit presque parallèle à l'axe du corps, et à faire l'extension dans cette direction, date déjà de près d'un siècle. *White*, en 1748, *H. Thomson*, en 1761, l'ont déjà vantée ; *Portal*, qui écrivait en 1768 semble l'indiquer dans son *Précis de chirurgie ;* depuis *Mothe*, qui croit l'avoir imaginée en 1775, elle a été successivement rappelée par *J. Bell* en 1809, par *Delpech* en 1816; *M. Goss* (1) prétend l'avoir vu employer plus de quarante fois à l'hôpital de Middlessex. Il n'en était presque plus question lorsque *M. Malgaigne* essaya d'en faire ressortir les avantages en 1832. Pourquoi donc avait-on oublié cette méthode ? Ne serait-ce pas parce que, l'ayant entendu vanter comme préférable dans tous les cas, les praticiens voyant qu'elle échouait souvent, en auraient conclu qu'elle ne valait rien du tout ? Il fallait donc, pour se décider, interroger l'expérience. Cette méthode me réussit parfaitement bien trois ou quatre fois de suite, soit que j'y eusse recours de prime abord, soit que j'eusse préalablement

(1) *Gazette médicale*. 1833.

mis la méthode ordinaire à l'épreuve; dans d'autres cas j'échouai.

Obs. XV. — *Luxation sous-pectorale.* — *Allongement d'un demi-pouce.* — *Réduction par les tractions verticales.* — *Succès.* — Une dame âgée de soixante-douze ans, près de laquelle me firent appeler MM. les docteurs *Barbet* et *Marie*, au mois de juin 1835, s'était pour ainsi dire pendue par la main droite à une échelle en tombant de la hauteur d'une croisée dans ses appartements. Le coude écarté du tronc, la saillie de l'acromion, la dépression et la tension du deltoïde, le creux sous-claviculaire augmenté, la tête de l'humérus dans l'aisselle et sous la peau entre les muscles grand dorsal et grand pectoral, indiquaient assez une luxation axillaire; le bras était d'ailleurs plus long que l'autre d'un *demi-pouce* : on l'élevait sans causer beaucoup de douleur; c'était tout le contraire quand on voulait le rapprocher du thorax.

Nous procédâmes immédiatement à la réduction. L'accident datait de deux heures. La malade resta placée sur une chaise basse : *MM. Marie* et *Moncla* s'emparèrent du membre, le soulevèrent par degré du côté de la tête, à un quart au dessus de l'angle droit; pendant qu'ils exerçaient dans cette direction une extension modérée, M. *Barbet* appuyait d'une main sur l'épaule; refoulant moi-même la tête de l'humérus de bas en haut, je crus bientôt pouvoir prescrire l'abaissement du bras, que je rendis aussi rapide que possible par un mouvement de bascule, et les parties reprirent instantanément leurs rapports de l'état normal. La lougueur du bras se trouva dès lors égale des deux côtés, et les mouvements redevinrent sur-le-champ faciles dans l'articulation.

Obs. XVI. *Luxation sous-pectorale.* — *Allongement du bras luxé d'un demi-pouce.* — *Réduction par les tractions verticales.* — *Succès.* — *Desjardins* (Jean), âgé de cinquante-sept ans, chaudronnier, entra à l'hôpital de la

Pitié le 5 février 1835. Ce malade assez fort, un peu maigre, se porte habituellement bien. Il y a deux jours (5 février) en mettant un tuyau de poêle dans une cheminée, il tomba de neuf à dix pieds de haut. Resté d'abord sans connaissance, il ne sait pas s'il est réellement tombé sur l'épaule gauche qui est très douloureuse. Le malade ne peut pas mouvoir son bras de bas en haut : il peut cependant sans trop de douleurs le porter d'arrière en avant. Le deltoïde est déprimé, l'apophyse acromion très saillante : on peut très facilement déprimer les téguments au dessous. La tête de l'humérus portée en avant, au dessous de la clavicule, soulève le grand pectoral ; le membre est allongé d'environ un *demi-pouce*, qu'on le mesure, soit de l'épitroklée, soit de l'épicondyle, soit de l'olécrâne à l'un des angles de l'acromion, soit qu'on le rapproche autant que possible du tronc, soit que le coude reste écarté en dehors et en arrière. Le 6 février on procède à la réduction de la luxation : un aide élève et maintient le membre presque parallèlement au tronc : le chirurgien lui fait exécuter ensuite un mouvement de bascule, en même temps qu'il refoule la tête humérale vers la cavité glénoïde. La première tentative ne réussit pas. La deuxième, où l'aide à le pied fixé sur l'omoplate est suivie d'un plein succès. Le malade est asssis sur une chaise, et l'aide est monté sur une table. Le 7, on maintient le bras rapproché du tronc au moyen d'un bande. Il ne survint aucun accident local ni général. Le 12, le malade sort de l'hôpital (1).

Obs. XVII. — *Luxation sous-pectorale. — Allongement de six à huit lignes du bras luxé. — Réduction par les tractions verticales. — Succès. — Marie Rodel*, âgée de cinquante-sept ans, marchande, entra le 10 février 1835 à l'hôpital de la Pitié. Cette femme avait fait une chute la veille, ayant une hotte chargée sur le dos, son bras droit

(1) Observation recueillie par *M. Lacombe*.

se luxa. Le matin 11 février on constate tous les caractères d'une luxation en bas ou sous pectorale. Il y a douleur, gonflement, ecchymose, dépression sous la clavicule entre les muscles grand pectoral et deltoïde à plus d'un pouce du bec coracoïdien. Le bras est allongé de six à huit lignes; le coude est porté en dehors. Cette luxation a été réduite en faisant tirer le bras du côté de la tête du malade, mais suivant une direction oblique de bas en haut et de dedans en dehors, la femme étant au lit, la tête de l'os rentre facilement, sans bruit, ni secousse; étant rapprochée du bord de la cavité glénoïde elle rentra en entier, mais successivement, insensiblement, au fur et à mesure qu'on abaissait le bras. Le bras est tenu en écharpe. On applique des compresses trempées dans de l'eau-de-vie camphré sur l'épaule. La malade sort le 17 février (1).

L'observation sixième est encore un exemple de succès des tractions verticales dans la luxation sous-pectorale.

Les tractions verticales sur le bras qui dans la luxation souspectorale ramènent sans efforts la tête de l'humérus sous le bord du muscle sous-scapulaire vers le bord antérieur de l'omoplate, et qui permettent dès lors de faire rentrer cette tête dans la capsule articulaire, et dans la cavité glénoïde n'offrent plus les mêmes avantages, quand il s'agit des autres espèces de luxations. Ce mouvement de bascule, cette espèce de détour qu'on fait exécuter à la tête déplacée, favorisant le plissement ou le roulement de quelques faisceaux du muscle sous scapulaire et de sa capsule, entre le bord de la cavité articulaire et le col anatomique de l'humérus, dans les luxations sous-claviculaire, ne peut que nuire en pareil cas au but du chirurgien. Les tractions un peu obliques d'abord, horizontales ensuite, font au contraire que la tête de l'os, retrouve facilement le passage

(1) Observation recueillie par *M. Pormet.*

de la capsule, ou la boutonnière du muscle, et que celui-ci tend plutôt à remettre les surfaces articulaires en contact qu'à les écarter pendant l'extension, si la luxation est sous-scapulaire ou sous-claviculaire. En me conformant depuis à ces principes j'ai pu, l'espèce de luxation étant reconnue, dire avant de commencer, quel genre de tractions réussirait le mieux. Dans les observations quatrième et onzième où il s'agit de luxation scapulaire, vous avez vu que les tractions verticales ont échoué ; tandis que dans les observations septième, huitième, neuvième, douzième, ou il s'agit également de luxations sous-scapulaires, les tractions horizontales ont été suivies d'un prompt succès. Vous voyez également par les observations treizième et quatorzième que les tractions verticales échouent dans les luxations sous-claviculaires tandis qu'elles se réduisent facilement à l'aide de tractions horizontales.

Il est juste de le dire, cependant, Messieurs, que même dans les luxations sous-pectorales les tractions horizontales réussissent presque aussi bien que les tractions verticales, et qu'en définitive cette dernière méthode, digne d'ailleurs d'être conservée dans la pratique, n'y restera cependant, selon toute apparence, qu'à titre de méthode exceptionnelle.

Voici du reste comment j'ai pratiqué l'*extension verticale*. Je m'y suis pris de plusieurs manières. En 1834, la première fois, à l'hôpital de la Pitié, chez la femme *Rodel* (*observation* XVIIe), je fis coucher la malade sur le dos, très près du bord de son lit; après avoir relevé le membre étendu, je le confiai à un aide qui appuyait de son pied sur le bord supérieur de l'épaule, de manière à faire ainsi la contr'extension, pendant qu'il tirait de ses deux mains sur le poignet, et que je favorisais la rentrée de l'humérus dans la cavité glénoïde, la réduction s'opéra sans difficulté. Une autre fois, au commencement de 1835, je fis asseoir le malade sur une chaise, à l'amphithéâtre, près de la table

à opérations. *M. Maisonneuve*, alors mon interne, monta sur la table, puis il opéra la contr'extension en fixant un de ses pieds sur l'épaule luxée, en même temps qu'il tirait sur le membre dans l'axe du corps, et que je dirigeais la réduction. Dans quelques cas, il suffit de monter sur un tabouret et de tirer en élevant le bras, pendant que quelque autre aide fixe l'épaule avec le genou, la main ou une serviette et que le chirurgien repousse la tête osseuse de l'humérus de bas en haut avec ses mains. Il est bon encore que l'angle inférieur de l'omoplate soit fixé d'une manière quelconque contre la poitrine.

Avant de terminer ce qui est relatif aux luxations scapulo-humérales, je dois vous dire quelques mots sur certaines particularités propres à ces sortes de luxations : 1° relativement à quelques unes de leurs causes ; 2° à leurs récidives ; 3° à la facilité avec laquelle on réduit quelques unes d'entre elles.

Causes directes. On a nié longtemps, et beaucoup de personnes nient encore la possibilité des luxations de l'humérus par cause directe. *M. Richerand* en a donné un cas (1). Je puis maintenant en joindre un second, celui du malade de *M. Bérard* aîné et dont j'ai parlé plus haut. Chez cet homme la luxation s'est opérée pendant qu'il avait le bras sur le côté du thorax, et sous l'influence d'une pression directe sur l'épaule. La vaste contusion, l'infiltration sanguine énorme au dessous de l'acromion, et l'absence de toute lésion sur le coude ou la main, eussent d'ailleurs suffi pour le prouver, quand même les renseignements fournis par le blessé n'auraient pas été aussi concluants sous ce rapport (2).

(1) *Société médicale d'émulation*, t. V, p. 457.

(2) Dans sa *Relation chirurgicale du siège de la citadelle d'Anvers*, p. 24, *M. Paillard* rapporte l'observation d'un soldat qui reçut un coup de boulet mort à la partie externe et supérieure du bras ; il n'y avait rien d'apparent à la peau, mais une luxation de l'humérus s'était faite.

La luxation par cette cause mérite d'être notée, parce qu'étant en général accompagnée de gonflement et de douleur, en même temps que d'une espèce de craquement ou de crépitation, elle en imposerait avec d'autant plus de facilité pour une fracture, que les coups sur l'épaule produisent aisément une fracture du col de l'humérus, tandis qu'on les croit incapables de faire naître une luxation.

Les luxations de l'articulation scapulo-humérale, loin de présenter toujours de grandes difficultés pour leur réduction se réduisent quelquefois avec une facilité surprenante. Ces cas-là sont même beaucoup moins rares qu'on ne pense. J'ai réussi une fois, contre mon attente, sur un jeune homme employé au manége du Luxembourg, en tirant seul sur le bras pour relever le malade. Une autre fois, il m'a suffi de faire basculer l'humérus comme un levier du premier genre, pendant que je soutenais du genou le côté de la poitrine. Ce sont des faits semblables qui ont fait dire à quelques chirurgiens qu'il n'est besoin que d'un seul homme pour réduire les luxations de l'épaule. Il me semble que ces cas appartiennent à la luxation sous-scapulaire et notamment à la classe de celles que *M. Malgaigne* nomme *luxations incomplètes*. Ces réductions si faciles se rencontrent chez les sujets qui ont eu le bras luxé plusieurs fois, chez ceux chez lesquels la récidive a lieu fréquemment.

En 1836, il se présenta un homme d'une constitution athlétique, qui en était à sa vingt-huitième luxation, quatorze de chaque côté, et sur lequel la moindre traction suffisait pour rétablir les choses en place. J'avais cependant vu, quelque mois auparavant, une femme âgée de soixante ans, qui n'en était qu'à sa septième luxation, laquelle ne céda qu'à des tractions horizontales assez fortes. Il s'agissait sur ces deux individus de luxations sous-scapulaires.

Obs. XVIII. — *Luxation sous-scapulaire. — Réduction très facile.* — *André Dupuis*, âgé de cinquante-six ans, se présenta à la Charité, le 28 octobre 1835, ayant eu l'épaule droite luxée à la suite d'une chute. En constatant cette luxation, l'élève interne de garde en opéra la réduction, sans avoir d'autre intention que d'examiner en quel état se trouvait le membre, et cela avec une facilité qui lui fit soupçonner que déjà l'articulation pouvait avoir été déplacée : le malade affirma cependant n'avoir jamais eu de luxation de ce côté. A la visite du matin on le trouva avec le membre en écharpe, et sa luxation réduite; comme cet état n'exigeait que quelques jours de repos, le malade sortit pour achever sa guérison chez lui.

Obs. XIX. — *Luxation sous-scapulaire gauche. — Réduction spontanée.* — Le 29 juin 1837, une femme de cinquante-cinq ans, lymphatique et grasse, mais bien portante, se présenta à la consultation de la Charité pour une chute qu'elle venait de faire sur le coude. Tous les signes de la luxation sous-scapulaire existaient : coude écarté de la poitrine et en avant, acromion saillant, moignon de l'épaule déprimé, tête de l'humérus dans l'aisselle, mouvements du bras impossibles, etc., etc. J'engageai cette femme à rester à l'hôpital, voulant remettre au lendemain la réduction de sa luxation. La journée et la nuit se passèrent dans le même état; mais le matin, une heure avant ma visite, la malade, en faisant un mouvement brusque, sentit une secousse, entendit un craquement dans son épaule, et fut très étonnée de pouvoir remuer le bras avec liberté. La luxation était en effet réduite, et tous les signes que j'avais constatés la veille étaient disparus.

ARTICLE IV.

CATARACTE (1).

La cataracte est une des maladies qui a le plus occupé les praticiens, et qui est connue dès la plus haute antiquité. La définition qu'on en donne ordinairement est celle-ci : *opacité du cristallin ou de sa capsule.* Cette définition est suivant moi incomplète, car elle est au dessous de l'état actuel de la science. En effet, un grumeau de pus, une fausse membrane, un épanchement de sang derrière l'ouverture pupillaire, constituent une cataracte, c'est à dire qu'il y a obstacle, obstruction au passage de la lumière dans l'intérieur du globe de l'œil. La définition qui conviendrait donc le mieux serait celle-ci. *Opacité contre nature d'un des milieux transparents de l'œil, que traversent habituellement les rayons lumineux pour arriver sur la rétine.*

Quoi qu'il en soit, on ne donne pas généralement cette extension à la définition, et c'est à l'opacité d'une ou de plusieurs des parties de l'appareil cristallinien qu'on réserve généralement le nom de cataracte. Ceci bien établi, je dirai que c'est une maladie qu'on observe à tous les âges, chez tous les sexes, mais qui se remarque plus souvent à un âge qu'à un autre, et principalement dans la vieillesse.

Cette maladie reconnaît une foule de causes, et il faut le dire elles sont presque toutes inconnues dans leur nature, et leur manière d'agir. Sans doute, la cataracte atteint plus fréquemment les vieillards, mais pourquoi? Ne la voit-on pas aussi dans l'âge adulte et n'est elle pas fréquemment congéniale? On n'a pas remarqué que les différences de constitution fussent pour quelque chose dans sa

(1) Ces leçons sur la cataracte ont été commencées le 29 mai 1839 et finies le 26 juin, elles furent au nombre de douze.

production, car les individus de constitutions les plus opposées, et dans des états fort différents de santé, en sont également affectés.

L'action des causes auxquelles on a attribué la production de la cataracte est loin d'être incontestable; c'est ainsi par exemple qu'on a accusé celle d'une lumière très vive et fréquente sur les yeux chez les individus obligés par la nature de leur profession de travailler près des foyers ardents; comme les forgerons, les verriers, les boulangers, les serruriers, les cuisiniers, etc. On a dit ensuite que les individus qui travaillaient sur des objets très petits et délicats, tels que les bijoutiers, les horlogers, que ceux qui faisaient un usage fréquent des loupes, des microscopes, et autres instruments grossissants, y étaient plus sujets que d'autres. Rien ne prouve que, proportions gardées, la cataracte soit plus fréquente chez ces individus que chez d'autres, et je n'ai, pour ma part, trouvé aucun rapport bien évident entre la production de la maladie et la nature de la profession exercée par les malades.

On a cherché la cause de la cataracte dans une altération du mode de nutrition des parties. Ainsi on a dit, et c'est *Delpech* qui a émis cette opinion, que la maladie était due à une espèce de mortification, à une véritable nécrose du cristallin. Mais qui ne voit que ce n'est ici que reculer la difficulté, car on est bientôt amené à se demander pourquoi et comment se produit cette nécrose du cristallin. On a dit ensuite que cette nécrose arrivait parce que les vaisseaux provenant de l'artère centrale de la rétine et chargés d'apporter au cristallin ses matériaux de nutrition s'oblitéraient, d'où résultait l'atrophie de cet organe. Mais nous ne faisons encore que reculer la difficulté; on demandera alors pourquoi ces vaisseaux s'oblitèrent. (1) Quoi

(1) *M. Rognetta* (*Cours d'ophthalmologie*, 1839), rapporte une expérience très curieuse sur le cristallin; en le faisant congeler, on le rend opaque; puis

qu'il en soit des causes, il est certain que la cataracte est souvent héréditaire. *Janin* a vu une famille de six individus ayant tous la cataracte. *Wardrop* observa quatre frères dont deux jumeaux qui se trouvaient dans le même cas; M. *Maunoir* vit sa femme, le fils, le grand père, l'oncle, la tante, plusieurs cousins du côté paternel, être affectés de cataracte. *Middlemore*, *Travers*, *Mackensie* et plusieurs autres, rapportent une infinité de faits qui confirment la même observation. M. *Sanson* aîné a observé une famille dont tous les enfants sont nés avec des cataractes; il en a connu une autre dont tous les enfants sont devenus cataractés vers l'âge de vingt-quatre ans. Dans l'une et l'autre famille, le père ou la mère avait été atteint de cette affection. La cataracte m'a paru héréditaire vingt fois sur deux cents. (1)

en le plongeant dans l'eau chaude on lui rend sa transparence. Il conclut de là que la cause prochaine de la cataracte est dans la coagulation d'une de ses parties constituantes.

(1) *M. Carron du Villards* dit avoir opéré dans une même année la mère, le fils et le petit-fils.

On trouve, dans les *Leçons orales de clinique chirurgicale* de *Dupuytren* (tome III, page 288, deuxième édition), une observation bien remarquable de cataracte héréditaire. Le 27 avril 1820, madame Saint-Pierre se présenta à la consultation de *Dupuytren*, accompagnée d'une partie de sa famille. A l'âge de soixante et quelques années, la vue de cette dame commença a se troubler. Dix-huit mois après, les deux cristallins étaient entièrement opaques. L'abaissement de l'un d'eux, pratiqué par *Dupuytren*, ne fut suivi d'aucun accident, et rendit à la malade la faculté de voir, faculté qu'elle a toujours conservée; car, à un âge très avancé, elle voyait encore très bien. La cataracte de l'œil opposé n'avait pas été opérée. La vue de sa fille commença à s'affaiblir à vingt-huit ans : bientôt elle ne vit plus à se conduire; mais elle distinguait bien le jour d'avec la nuit : les pupilles étaient mobiles, les yeux sains. A trente ans, deux années après l'origine de l'affection, *Dupuytren* pratiqua sur un des yeux de cette malade la même opération qui avait rendu la faculté de voir à sa mère : elle eut le même résultat. Dix ans après, la vision n'avait éprouvé aucune altération de ce côté. La malade, encouragée par ce succès, voulut être débarrassée de son autre cataracte. Elle se fit opérer par un oculiste. L'opération n'eut pas de succès : une inflammation violente s'empara de l'œil, la cornée devint opaque, et la malade perdit son œil. Le fils

Vous voyez, Messieurs que nous sommes peu avancés sur ce qui concerne les causes de la cataracte *spontanée* et que l'efficacité de la plupart de celles qu'on a admises est loin d'être incontestable : aussi arrive-t-il souvent de les rencontrer réunies en grand nombre chez des individus qui n'ont point de cataractes, comme il arrive aussi fréquemment de voir cette affection se déclarer chez des individus qui n'ont été exposées à aucune d'elles. Il faut donc admettre des causes prédisposantes qui nous sont complètement inconnues, et qui tantôt se bornent à rendre plus puissantes les causes déterminantes, et tantôt deviennent elles-mêmes causes efficientes. Mais comme la cataracte n'est pas toujours spontanée, on a pu lui reconnaître dans certains cas des causes appréciables. Telles sont les causes traumatiques de toutes sortes. Les contusions de l'œil par suite de coups ou de chutes sur l'orbite, peuvent la produire et la produisent assez souvent. Les coups de poing sur l'orbite, de simples chiquenaudes sur l'œil, des violences légères même ont amené cette maladie, puisqu'on rapporte qu'un baiser l'a déterminée (1). J'ai vu dans cet hôpital, il y a trois ans à peu près, un jeune homme qui marchant dans un bois taillis fut frappé à l'œil par une petite branche d'abord déplacée au devant de lui et qui par suite de son élasticité revint sur cet œil avec une certaine force (2) : il en résulta

de cette dame devint, à dix-sept ans, aveugle par suite du développement de deux cataractes. Il fut opéré par abaissement à l'Hôtel-Dieu, et guérit également. La grand'mère conduisit ensuite à *Dupuytren* un autre de ses petits fils dont le cristallin commençait à devenir opaque, et une autre petite-fille qui ne voyait déjà plus les objets qu'à travers un nuage, symptôme précurseur de l'opacité du cristallin. Voilà la grand'mère, la fille et trois petits-enfants, tous affectés de cataracte. Cette observation est remarquable, et par la disposition de cette famille à ce genre d'affection, et par le succès obtenu.

(1) *Lassus, Pathologie chirurgicale.*

(2) On cite plusieurs cas de cataractes, suite de la contusion de l'œil par un bouchon de vin de Champagne. *M. Carron du Villards* a rapporté deux cas de cataractes produites de cette manière et qui se sont développées dans l'espace de vingt-quatre heures.

une cataracte. Rien n'est plus commun que les cataractes déterminées par les corps étrangers tels qu'épingles, aiguilles, petits fragments de métal, de fonte, de fer, de cailloux aigus, etc., qui traversent la cornée et vont blesser le cristallin. J'ai vu, il n'y a pas très longtemps, une jeune demoiselle qui a été affectée d'une cataracte à la suite d'une piqûre faite avec la pointe très aiguë de ses ciseaux qu'elle s'était enfoncée dans le globe de l'œil. J'ai vu aussi un jeune chimiste chez lequel le même résultat fut produit par un morceau de verre provenant des débris d'un flacon qui éclata dans une expérience qu'il faisait. Sur un autre individu, c'était une pointe de clou; enfin j'ai encore vu une cataracte déterminée par une pointe de canif enfoncée dans l'œil. Vous avez vu dernièrement dans les salles des hommes un jeune garçon qui, en brisant un caillou avec un marteau, s'est fait sauter dans l'œil un morceau de silex qui a traversé la cornée, l'iris, et amènera probablement une cataracte traumatique (1).

La cataracte se développe quelquefois pendant la durée ou à la suite des maladies internes graves. C'est ainsi qu'elle s'est manifestée à la suite d'érysipèles intenses de la tête, après les fièvres typhoïdes et les méningites; j'ai vu en 1824 ou 1825 à l'hospice de perfectionnement une jeune fille qui fut affectée de cataracte pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde.

J'ai encore à vous mentionner un autre ordre de causes. Ce sont les inflammations graves de l'œil, non seulement

(1) Les éclats des amorces dites *capsules* amènent assez souvent des cataractes traumatiques. Ces éclats métalliques, lancés avec force par la percussion, pénètrent facilement dans l'œil en coupant soit la cornée transparente, soit la sclérotique, atteignent le cristallin et le rendent promptement opaque. On en trouve une observation curieuse dans le *Traité théorique et pratique de blessures par armes de guerre* de *Dupuytren*, rédigé par MM. *Paillard* et *Marx*.

celles des parties profondes de l'œil, mais encore celles des membranes externes du globe. J'ai vu des kératites chroniques amener à la longue des cataractes chez de jeunes sujets. Mais on doit en convenir, c'est principalement aux inflammations des parties internes du globe de l'œil, à l'iritis prolongée, ou à la choroïdite, que sont principalement dues ces sortes de cataractes.

En résumé, Messieurs, nous trouvons quatre ou cinq ordres de causes de cataracte :

1° Les *cataractes spontanées*, celles de l'âge mûr et de la vieillesse;

2° Les cataractes par suite d'inflammation soit des parties externes, soit des parties profondes de l'œil ;

3° Les *cataractes traumatiques*, ou par violences extérieures. Ici, il y a une division à faire, 1° celles qui ont lieu à la suite de la section des tissus, après les piqûres, les plaies, l'introduction de corps étrangers, etc.; 2° celles qui se manifestent à la suite de violences extérieures qui n'ont point produit de plaies ;

4° Les cataractes qui se développent sous l'influence de maladies internes graves, telles que fièvres typhoïdes, méningites, etc. ;

5° Les cataractes de naissance, uommées *cataractes congénitales*.

On ne peut guère dire quelles sont les causes de ce dernier ordre de cataractes. Suivant toute apparence, il y a eu maladie de l'œil, mais de quelle nature était cette maladie, c'est ce qu'on ignore absolument (1).

La cataracte est-elle plus commune dans un sexe que dans l'autre? Il est fort difficile de décider la question d'une manière certaine. Il faudrait, pour le faire, posséder

(1) Le climat exerce une grande influence sur la formation de la cataracte. Elle est effectivement beaucoup plus commune dans les climats froids; aussi les oculistes exploitent-ils avec plus de profit le nord que le midi.

des milliers d'observations, et céla depuis les temps les plus reculés. M. *Maunoir*, dans une très bonne thèse, a déjà fait un résumé de cette espèce. Il y a des saisons de l'année pendant lesquelles on voit plus de femmes que d'hommes atteintes de cataracte; dans d'autres, c'est le contraire. Dans un temps j'ai cru que la cataracte était plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, je le crois même encore, mais cela ne m'ést pas tout à fait démontré.

Il y a encore une autre question que la statistique pourra sans doute résoudre un jour, c'est celle de savoir quel est l'œil qui est le plus souvent affecté de cataracte. Est-ce l'œil droit, est-ce l'œil gauche? Dans cette question il y en a réellement deux. D'abord il faut savoir par quel œil débute la cataracte, car, après s'être déclarée sur un œil, elle peut s'arrêter dans sa marche, et atteindre l'autre sans s'arrêter jusqu'à ce qu'elle soit arrivée à son dernier terme. Il faut donc distinguer l'œil par lequel elle a débuté de celui où elle est achevée, où elle est *mûre*, comme on le dit. Pour moi, il m'avait semblé que la cataracte débutait plus souvent par l'œil gauche que par l'œil droit. J'avais fait même un relevé qui me confirmait dans cette opinion. Mais d'autres résultats absolument contraires ont été obtenus à ce sujet, tant en France qu'à l'étranger, et je n'ai d'ailleurs point assez de faits par devers moi pour conclure à cet égard. Ces diverses questions sont donc encore à examiner et à décider.

Espèces de cataractes,—Il y a deux siècles à peine qu'on connaît le véritable siége de la cataracte. Les anciens n'avaient que des idées tout à fait erronés à son sujet. Ce fut *Kepler*, le célèbre astronome, qui mit les chirurgiens sur la voie en prouvant que le cristallin était destiné à rassembler les rayons lumineux sur la rétine, vrai siége de la vue. Peu après, *Gassendi* (1) attribua à *R. Lasnier* et à *F. Quarré*

(1) Qui écrivait en 1660.

l'honneur d'avoir découvert le vrai siége de la cataracte. On sembla toutefois oublier cette découverte ; mais au commencement du dix-huitième siècle, *Maître Jean*, *Boerhaave*, *Brisseau*, *Heister*, *Méry*, etc., etc., rappelèrent l'attention sur ce point ; enfin *Morand* prouva par des pièces à l'Académie des Sciences, en 1722, que si la cataracte avait souvent pour siége le cristallin, souvent aussi l'opacité siégeait dans sa capsule. Depuis lui, les recherches de *Saint-Yves*, *Guérin*, *Wenzel*, etc., ont prouvé que le cristallin et sa capsule pouvaient être simultanément affectés d'opacité.

Vous vous effraierez peut-être en apprenant que le nombre des espèces et variétés de cataractes qui depuis la connaissance de son véritable siége ont été admises par certains praticiens s'élève à soixante ou quatre-vingts ; mais vous verrez qu'il y a beaucoup à laisser dans ce nombre.

Il faut d'abord établir deux grandes classes de cataractes ; 1° celles qui siégent dans le cristallin et ses enveloppes ; 2° celles qui sont étrangères à cet appareil, et qui siégent en dehors ou autour de lui. Les cataractes de la première classe sont désignées sous le nom de *vraies*, celles de la deuxième sous celui de *fausses*. Cette division est bonne et peut rester dans la science.

Cataractes vraies. Si maintenant on reprend ces deux grandes classes l'une après l'autre, on verra que pour la première l'opacité siége tantôt sur le cristallin, tantôt sur ses enveloppes, et tantôt sur ces diverses parties à la fois ; de là trois espèces bien distinctes de cataracte : 1° *la cataracte cristalline* : 2° *la cataracte capsulaire* ; 3° *la cataracte capsulo-lenticulaire*. Dans chacune de ces trois espèces bien distinctes, on a établi des variétés nombreuses, et c'est ici que l'on commence à éprouver de l'embarras, tant ces variétés sont nombreuses.

Cataractes lenticulaires. D'abord on a reconnu pour la cataracte cristalline une cataracte formée par l'opacité de

l'humeur dite *de Morgagni,* substance molle, demi-liquide que quelques anatomistes admettent entre le cristallin et sa capsule ; cette cataracte a été nommée cataracte *laiteuse* (1). Comme variétés de la cataracte lenticulaire, on a admis des cataractes *molles, dures, glutineuses, onctueuses, purulentes, fétides, osseuses, plâtreuses, pierreuses, siliqueuses* (2), etc. C'est en Allemagne principalement qu'on a décrit ces espèces, qu'on n'a regardées en France que comme des variétés. Sans doute, dans ces variétés de la cataracte lenticulaire le cristallin n'est pas converti positivement en un os, en une pierre, en un morceau de plâtre, etc., etc., et les auteurs qui ont décrit ces espèces ne le pensent pas eux-mêmes; mais il est certain que cet organe présente une altération qui le fait un peu ressembler aux objets dont il a emprunté la dénomination. Ainsi j'ai vu des cristallins présentant des lames, des couches, d'aspect et de nature calcaire. J'ai vu des cataractes évidemment purulentes, des cataractes fétides. Il y a trois ans environ, *M. Cayol* m'adressa dans cet hôpital un malade que j'y reçus, et qui était affecté d'une cataracte que je jugeai être capsulo-lenticulaire. Je l'opérai par extraction : elle était évidemment purulente et d'une odeur extrêmement désagréable; c'était une de ces cataractes fétides dont parlent les auteurs. J'ai aussi opéré, mais par abaissement, un autre individu dont la cataracte était molle, diffluente et absolument semblable pour la forme et la couleur à la précédente. Je ne pus juger si le liquide qui la constituait avait une aussi mauvaise odeur; mais cela est possible. Il est donc raisonnable d'admettre ces variétés, car elles

(1) *Cataracte morgagnienne* ou *interstitielle.*

(2) La dureté de certaines cataractes cristallines les a fait comparer à une pierre. L'observation la plus remarquable de ces cataractes dures est celle qui a été rapportée par *Wenzel* : il s'agit du général *Mulek*, dont le cristallin opaque, sorti brusquement par l'ouverture de la cornée, tomba par terre et se brisa.

existent. Il y en a encore d'autres : c'est ainsi qu'on a admis la cataracte à trois branches, la cataracte en étoile. La cataracte à trois branches a été décrite par *M. Jules Cloquet* comme étant une variété bien distincte. Ce chirurgien a été conduit à cette idée par la manière dont il s'était représenté le mode de développement du cristallin ; il pense que ce développement se fait par trois portions ou fragments qui se réunissent pour constituer le cristallin complet à une certaine époque de la vie intra-utérine; il croit que chacune de ces portions peut devenir plus tard malade séparément. Mais beaucoup de personnes n'admettent pas ce mode de développement du cristallin : les uns le regardent comme formé d'écailles ou de lames superposées, les autres pensent qu'il se développe par des branches en forme de rayons; quelques personnes enfin le regardent comme constitué par une agglomération de globules. Pour moi, j'ai vu une fois très distinctement une cataracte à trois branches principales bien marquées, mais il existait en même temps beaucoup d'autres petites stries dans l'intervalle de ces branches. Cette cataracte, dite à trois branches, peut être regardée, je crois, comme une variété de la cataracte en étoile *ou étoilée.*

Il y a une autre variété de cataracte lenticulaire qui n'a pas été décrite et que j'ai vue quatre ou cinq fois. Elle consiste en un point bien circonscrit, très opaque, développé dans l'épaisseur du cristallin, resté parfaitement transparent dans tous ses autres points. C'est peut-être la cataracte centrale observée et décrite par *Dupuytren* (1). Il n'a observé cette opacité que sur la capsule. Je crois que ces

(1) La cataracte centrale, qui a été observée par *Saunders*, a pour siége, suivant *Dupuytren*, la capsule cristalline. Elle est quelquefois congéniale; mais ordinairement elle ne survient qu'après la naissance. On la reconnaît, dit *Dupuytren*, à un point saillant, opaque, perlé, situé au centre de la capsule; ce point va en diminuant, et se divise quelquefois en filaments rayonnés à mesure qu'il se rapproche de la circonférence de la lentille;

variétés de cataracte que j'ai eu l'occasion de voir se trouvaient bien dans l'épaisseur du cristallin lui-même ; il y aurait donc alors deux variétés de cette cataracte, l'une cristalline, l'autre capsulaire. Celle que *Dupuytren* a décrite était un peu rayonnée, tandis que dans celles que j'ai vues le point était très nettement circonscrit. Cette variété présente une singularité assez remarquable. C'est ordinairement une mobilité continuelle des yeux qui semblent tourner sur eux-mêmes et ne pas pouvoir se fixer un seul instant sur les objets. *Dupuytren* expliquait cette mobilité en disant que les individus, ne pouvant pas bien voir par le centre les objets qu'ils regardaient, dirigeaient leurs yeux tout autour de ces objets afin d'en prendre une connaissance plus exacte. Cette explication peut être bonne sans doute : mais je ne puis affirmer qu'elle soit parfaitement vraie. Je connais en effet un médecin qui a les yeux en fort bon état, très transparents, et qui y voit très bien, et dont les yeux cependant sont agités continuellement par ce mouvement de tournoiement qui devient très fatigant pour les personnes avec lesquelles il cause et qu'il regarde en même temps.

Cataractes capsulaires. — La dénomination de *cataracte capsulaire* me semble préférable à celle de *cataracte membraneuse*, car on pourrait avec cette dernière confondre la *cataracte vraie* avec la *cataracte fausse.*

La cataracte capsulaire a beaucoup occupé les chirurgiens au commencement du dernier siècle ; en effet, plusieurs prétendaient alors que c'était la seule véritable ca-

de telle sorte que toute cette partie conservant un peu de sa transparence, la vision peut encore avoir lieu. Cette variété de la cataracte est toujours accompagnée d'un mouvement convulsif des yeux, qui tournent sur leur axe comme pour présenter successivement à la lumière les points transparents de la membrane. Les paupières, et quelquefois la tête elle-même, sont affectées dans leur totalité d'un mouvement semblable qui paraît avoir le même but. (*Leçons orales*, t. III, p. 287, 2e édition.)

taracte, et que le cristallin ne participait jamais à son opacité. Quelques chirurgiens de notre époque, au contraire, la regardent comme très rare, tandis que d'autres l'admettent comme très fréquente (1). M. *Campaignac* en France et quelques autres médecins à l'étranger se sont livrés à des expériences qui semblent prouver d'après eux que le cristallin ne devient malade que lorsque sa capsule l'est devenue elle-même. Cette opinion est partagée par les personnes qui croient que le cristallin n'est que le produit de la sécrétion de la capsule cristalline, laquelle règle alors la nature de sa sécrétion d'après son état physiologique normal ou pathologique. Cette capsule est certainement un corps organisé sur la face postérieure de laquelle on peut suivre la terminaison des vaisseaux provenant de l'artère centrale de la rétine, et qui viennent la nourrir. Quelques anatomistes prétendent aussi les avoir suivis jusque sur sa face antérieure. Dans le cristallin, au contraire, on ne trouve ni nerfs, ni vaisseaux : cet organe est un véritable corps inerte. D'après ces observateurs, lorsqu'on opère la cataracte soit par abaissement, soit par extraction, il faut abaisser ou extraire les lambeaux de la capsule non encore opaques, si l'on veut éviter la production des *cataractes secondaires*.

Il ne m'est pas démontré que le cristallin soit produit par son enveloppe ; je crois au contraire que ces deux parties sont formées en même temps. Il est certain ensuite que, dans l'opération de la cataracte soit par abaissement, soit par extraction, on réussit également bien sans détruire toutes les parties de la capsule, ou en la détruisant. Il y a mieux encore, c'est que quelques auteurs avaient même érigé en principe de ne pas toucher au feuillet non opaque de la capsule. Ils avaient donc constaté que le

(1) D'après *Dupuytren*, la cataracte capsulaire est à la cataracte cristalline comme 1 est à 1 1/2.

cristallin pourrait être opaque sans que la capsule le fût elle-même. Sans doute après l'opération de la cataracte par extraction, et dans laquelle on se borne à fendre la capsule sans en détruire les lambeaux, on voit survenir quelquefois une cataracte secondaire par suite de l'opacité de ces lambeaux, mais souvent aussi ces lambeaux conservent leur transparence. Je ne crois donc pas que tout ce qu'on a dit jusqu'à présent à ce sujet soit de nature à ébranler l'ancienne opinion qui consiste à regarder la cataracte lenticulaire comme plus fréquente que la cataracte capsulaire.

Quoi qu'il en soit, il est certain qu'il existe plusieurs espèces et variétés de cataracte capsulaire.

1° La cataracte consistant dans l'opacité du feuillet antérieur — ou *cataracte capsulaire antérieure.*

2° Celle du feuillet postérieur — ou *cataracte capsulaire postérieure.*

3° Celle des deux feuilllets — ou *cataracte capsulaire complète.*

La cataracte capsulaire antérieure n'a été contestée par personne, mais il n'en est pas de même de la postérieure. Beaucoup de chirurgiens la rejettent. Il est très difficile en effet de la démontrer sur le vivant. Il est difficile aussi de concevoir que le feuillet postérieur puisse être malade seul. Cependant il y a des faits qui autorisent à l'admettre. On voit en effet des malades chez lesquels il existe derrière la pupille un plan opaque concave qui semble bien appartenir au feuillet postérieur de la capsule et non pas à ces opacités plus profondes et qui se développent dans le corps vitré.

Quant à l'opacité simultanée des deux feuillets de la capsule, on la conçoit parfaitement bien. Il ne peut exister de difficultés à ce sujet.

Les variétés de la cataracte capsulaire sont très nom-

breuses, c'est ainsi qu'on en reconnaît de blanches, de jaunes, de verdâtres, de laiteuses, de brunes, etc., etc. Ces variétés principales présentent elles-mêmes beaucoup de nuances, telles sont les cataractes *nacrées*, *chatoyantes*, *verdoyantes*, *striées*, *dentelées*, *ponctuées*, *barrées*, *en treillage*, etc. Toutes ces nuances ont été décrites par quelques auteurs avec tant de soin et de minutie, qu'on serait tenté de croire qu'elles sont bien importantes à connaître. Il n'en est point ainsi. Quelques unes méritent cependant d'être notées; ainsi, quand on observe sur la cataracte un anneau à stries rayonnées, concentriques, noires et présentant des espèces de dents, cela indique que la capsule a été pendant quelque temps en contact avec la face postérieure de l'iris, qui a déposé sur elle le pigmentum qui la revêt. Cette nuance de la cataracte prend le nom de cataracte *dendritique*. J'ai vu ces stries, au lieu d'être noires, avoir une teinte d'un jaune très marqué. Cette variété de la cataracte capsulaire est bien tranchée. On remarque souvent sur la capsule des plaques nacrées de forme irrégulière, des espèces de facettes, inclinées les unes vers les autres et dans des sens différents. Dans quelques cas, ce sont de petits rayons divergents ou entrecroisés, c'est ce qui constitue les cataractes en *treillage*; d'autres fois ce sont des stries, des lignes transversales, ce sont les cataractes *barrées*. Enfin, l'opacité peut exister plutôt en bas qu'en haut ou en haut qu'en bas, et n'exister même que dans un côté, le reste de la capsule demeurant tout à fait transparent. C'est ce qui constitue les *demi-cataractes*.

Toutes ces nuances, décrites avec beaucoup de soin par quelques auteurs, ne sont pour la plupart, je le répète, d'aucune importance dans la pratique. Elles n'influent en rien sur la connaissance des causes qui ont amené la maladie, ni sur son traitement.

Cataractes capsulo-lenticulaires. — La description de ces cataractes ne peut exiger de longs détails. On trouve

dans ces cataractes la réunion de tous les signes, de toutes les variétés et de toutes les nuances que je vous ai indiquées. C'est, en un mot, la combinaison, l'association de celles qui présentent d'une part la cataracte capsulaire, et de l'autre la cataracte cristalline.

Ceci complète ce que nous avions à dire de général sur la classe des cataractes vraies. Maintenant nous allons passer à l'examen des cataractes fausses.

Cataractes fausses. — Ces cataractes reconnaissent des causes très variées, telles que les violences simples ou non suivies de division des tissus, les violences traumatiques suivies de plaies, et les inflammations des parties internes de l'œil, les maladies internes graves, etc., etc. Les diverses espèces de cataracte fausse sont nombreuses. Voici comment je crois devoir les classer.

1° *Cataractes fausses par suite de dépôt de matière plastique, ou albumineuse, par fausses membranes.* On peut les nommer *cataractes plastiques ou membraneuses ;*

2° *Cataractes par suite de dépôts purulents.* On peut les nommer *cataractes par dépôt ou cataractes purulentes ;*

3° *Cataractes par épanchement de sang.* On peut les nommer *cataractes hématiques.*

Ces trois espèces peuvent à la rigueur reconnaître les mêmes causes; car l'inflammation peut produire des fausses membranes, des collections de pus, des épanchements de sang.

A chacune de ces espèces se rapportent plusieurs variétés. Ainsi la fausse cataracte, de quelque nature qu'elle soit, peut être au devant, derrière le cristallin, ou bien dans l'appareil cristallinien lui-même; de là, la distinction de *cataracte fausse, antérieure, postérieure* ou *moyenne.* Ces trois espèces de cataractes fausses, considérées sous le rapport de leur siége, n'ont pas été convenablement étudiées; ainsi, une inflammation un peu vive de la chambre antérieure, de la

cornée même, peut amener au devant de l'iris une exsudation de matière lymphatique ou plastique; l'iris se resserre, des filaments blanchâtres entrecroisés, et formant un véritable treillis, des plaques lymphatiques plus ou moins épaisses, peuvent être déposés au devant de la pupille, et la couvrir complètement. Voilà une fausse cataracte antérieure. Mais elle peut se faire également derrière l'iris, dans la pupille même, et constituer ainsi une variété de la fausse cataracte antérieure. Ce que je dis de la cataracte plastique peut se dire aussi de la cataracte purulente; car des grumeaux de pus, des plaques purulentes, peuvent occuper les mêmes lieux; il en est de même des caillots de sang qui forment la cataracte hématique. Même mécanisme pour les cataractes fausses postérieures, avec cette différence que les dépôts sanguins et autres sont infiltrés dans le corps vitré, au lieu d'être épanchés comme cela a lieu dans les chambres antérieure ou postérieure, et que leurs éléments se combinent avec le tissu hyaloïdien. Si elles ne sont pas résorbées, on perd tout espoir de guérison par une opération, qui laisse encore quelques chances de succès dans les fausses cataractes antérieures pardépôts.

Les *cataractes fausses moyennes* pourraient encore comprendre, si on voulait, un assez grand nombre de variétés et de nuances. Supposons le feuillet antérieur de la capsule cristalline enflammé, une exsudation plastique peut se produire sur ce point, le feuillet postérieur peut être aussi le siége de cette inflammation, et se couvrir aussi d'une plaque lymphatique; voilà déjà deux variétés. L'inflammation peut atteindre la face interne de chaque feuillet isolément ou séparément, et des dépôts de matière plastique ou autre peuvent se faire soit au devant, soit derrière le cristallin; voilà encore d'autres variétés pour le siége. Mais je dois dire ici que toutes ces cataractes fausses moyennes se confondent avec la cataracte vraie, et qu'elles ne peuvent guère exister sans cette dernière.

La source de ces cataractes se trouve dans les inflammations de l'intérieur de l'œil, de l'iris surtout, ce qui fait qu'on rencontre très communément, quand elles existent, de nombreuses adhérences entre les diverses parties internes de l'œil, et principalement entre la face postérieure de l'iris et la capsule cristalline.

Cataractes secondaires. Ces cataractes sont celles qui suivent l'opération de la cataracte. Elles résultent de tous les genres d'opération de cataracte, extraction, abaissement, kératonixis, broiement, etc., etc.

Il y a plusieurs espèces de cataracte secondaire. Tantôt elle provient de l'opacité survenue à la capsule cristalline qu'on a laissée intacte, ou dont les lambeaux lorsqu'on l'a déchirée sont demeurés en place. D'autres fois l'opération détermine une *cataracte fausse.* Dans d'autres cas, en enlevant le cristallin de sa capsule on laisse quelquefois dans ce sac, quelques portions molles, transparentes qui se trouvent à sa surface externe et que le moindre frottement sur les bords de la capsule ouverte sépare facilement du reste de la lentille. Cette couche extérieure reste dans la capsule et au lieu de se dissoudre, elle s'y concrète, se durcit et y forme une autre vraie cataracte. Ce retour d'une cataracte lenticulaire, après l'extraction ou l'abaissement du cristallin a fait croire à quelques personnes que le cristallin pouvait se reproduire. En effet, les anatomistes et physiologistes qui pensent que la face interne de la capsule cristalline sécrète le cristallin, ont facilement pu croire qu'il pouvait renaître si son organe sécréteur n'était pas détruit. *Sœmmering* fils avait déjà émis ces idées dans un mémoire sur les changements qui s'opèrent dans l'œil après l'opération de la cataracte, et après lui *Cocteau* jeune et habile médecin, qui vient de mourir il y a peu de temps, avait eu la même pensée et publié des expériences intéressantes qu'il avait faites sur les animaux pour constater la reproduction du cristallin.

Je crois que cette reproduction du cristallin n'a pas lieu. Déjà je vous ai dit que je n'admettais pas la sécrétion du cristallin par sa capsule, et que ces deux corps étaient formés en même temps. Quant à la reproduction d'une véritable cataracte lenticulaire après l'opération, je l'explique facilement par la séparation de la couche extérieure molle ou demi-fluide qui entoure le cristallin et qui se détache de sa surface au moment où ce corps traverse la déchirure de la capsule. Je me suis très positivement assuré de l'existence de ces débris du cristallin dans la capsule, sur des individus morts six semaines, deux mois, six mois, un an et plus après l'opération de la cataracte.

Enfin il existe une autre espèce de cataracte secondaire, c'est celle qui résulte de l'opacité de lamelles, de filaments, de lambeaux, de débris de la capsule, et de parcelles du corps vitré lacéré dans l'opération de la cataracte, parties diverses qui s'agglomèrent et se confondent de manière à former une espèce de cristallin nouveau et opaque.

Ainsi, nous avons donc trois espèces de cataractes secondaires.

1° La cataracte purement membraneuse et provenant de l'opacité de la capsule cristalline.

2° La cataracte par concrétion de la couche externe du cristallin.

3° La cataracte par agglomération des lambeaux de la capsule cristalline,. des parcelles du corps vitré, de la couche externe du cristallin.

Symptômatologie de la cataracte. Ce que j'ai dit des espèces, des variétés et des nuances de la cataracte doit déjà vous faire pressentir que les symptômes n'en doivent pas être les mêmes dans tous les cas, et que le diagnostic doit quelquefois offrir beaucoup de difficultés. Pour mettre un peu d'ordre dans l'examen de ces symptômes, il faut étudier d'abord ceux qui dénotent l'existence d'une

cataracte, 2° ceux qui appartiennent à chaque espèce, 3° enfin ceux qui indiquent qu'il y a autre chose qu'une cataracte, et les caractères différentiels des complications qui peuvent l'accompagner.

Signes d'une cataracte. Il y a deux sortes de signes qui annoncent une cataracte, les signes *subjectifs* et les signes *objectifs*, ou, pour nous servir des termes employés chez nous, les signes *rationnels* et les signes *physiques*.

Les signes rationnels se tirent des renseignements que fournissent le malade, de l'étude des phénomènes qu'il éprouve ou qu'il dit éprouver, et dont il rend un compte plus ou moins exact; ils consistent principalement dans les troubles de la vision. Ces troubles varient : en effet, quand les cataractes se développent très vite, en un mois, six semaines et même en moins de temps, on n'observe pas la même série de troubles que lorsque sa marche est lente et graduelle. Cette rapidité avec laquelle se développent certaines cataractes est rare sans doute; mais elle se voit encore assez souvent. Vous avez pu voir dans cet hôpital, il y a quelques semaines, une jeune femme chez laquelle une cataracte spontanée s'était développée en quinze jours. J'ai vu pour ma part une fille de vingt-cinq à trente ans, chez laquelle un jour seulement suffit pour qu'une cataracte se développât (1). Les cataractes traumatiques se

(1) *M. Tartra* cite le fait qui lui a été communiqué par *M. Weidmann*, d'un homme qui fut subitement affecté d'une cataracte au sortir d'un repas copieux. On a rapporté l'histoire d'un individu qui a été pris sur le champ d'une cataracte pour avoir regardé le soleil fixement pendant quelques instants; celle d'un autre pour être entré dans un four trop chaud; celle d'un troisième affecté subitement d'une cataracte au milieu d'un violent accès de colère. *M. Pigné* a eu l'occasion d'observer un homme qu'il employait comme copiste, et qui après avoir passé la soirée à écrire, ainsi qu'il en avait l'habitude, sans éprouver le moindre trouble dans la vision, présenta le lendemain matin deux cataractes complètes, bien qu'il n'eût été soumis à aucune cause déterminante appréciable. (*Leçons de M. Sanson sur les maladies des yeux*, p. 9.

développent très vite, et presque constamment en quelques jours; mais ordinairement, et chez les vieillards surtout, la cataracte spontanée se développe d'une manière insensible : elle met plusieurs mois et même plusieurs années à devenir complète (1). Ce sont des signes rationnels appartenant à cette espèce dont je veux parler surtout. La vue commence à se brouiller, les malades croient voir voltiger dans l'atmosphère des corpuscules, des toiles d'araignées, des flocons de neige; ils voient mieux dans certaines positions et à certaines heures du jour et de lumière que dans d'autres : c'est ainsi qu'ils aperçoivent généralement mieux sur les côtés que directement, que le soir ils distinguent beaucoup mieux les objets; il en est de même pendant les temps sombres et couverts. Cela s'explique assez facilement : en effet, quand la cataracte se développe insensiblement et qu'elle est lenticulaire, elle débute ordinairement par le centre et s'étend progressivement de ce point à sa circonférence, dès lors les malades voient beaucoup mieux quand la pupille est dilatée que lorsqu'elle est resserrée. Par conséquent, le grand jour et une vive lumière rétrécissant l'ouverture pupillaire, la vision est empêchée par la portion opaque et centrale du cristallin, tandis qu'ils voient par les parties latérales de la lentille qui sont restées transparentes, quand la pupille dilatée les laisse découvertes et en contact avec la lumière qui les traverse sans peine. S'ils regardent un point brillant, une bougie allumée, par exemple, ils la voient entourée d'une auréole brouillée, nuageuse, d'un cercle ou d'une zone plus ou moins foncée. Tels sont les premiers symptômes. A mesure que la maladie avance, les malades ne voient plus qu'à travers un nuage plus épais les objets qu'ils regardent en face. De

(1) *Demours* a conclu de ses observations qu'une cataracte mettait deux ans, terme moyen, pour atteindre son plus haut degré de développement; mais il s'en faut de beaucoup que cette moyenne puisse être posée comme règle générale.

côté ils continuent à les distinguer mieux. Ces symptômes s'accroissent ainsi et marchent avec régularité. Quelquefois ils s'accompagnent de maux de tête, de douleurs aux paupières, dans l'orbite, dans le globe de l'œil, mais le plus ordinairement ces derniers phénomènes ne se remarquent point; les malades n'éprouvent aucune douleur, toutes leurs fonctions s'exécutent avec une extrême régularité, et la cataracte devient complète sans qu'ils aient ressenti du côté de l'œil autre chose que du trouble dans la vision. Il arrive quelquefois même, lorsque la cataracte n'atteint qu'un œil, qu'ils ne s'en aperçoivent que par hasard, lorsqu'elle est presque complète et quand un incident quelconque les a obligés à fermer l'œil qui n'est point affecté, ou bien quand ils se regardent dans une glace.

Tels sont les symptômes rationnels; seuls, il faut l'avouer, ils n'ont pas une grande valeur, et à moins de signes physiques, l'homme de l'art ne peut être sûr de son diagnostic. D'autres maladies de l'œil en effet peuvent troubler la vision et présenter les mêmes symptômes subjectifs que ceux que nous venons d'exposer. C'est donc aux signes physiques qu'il faut principalement s'arrêter. Voici quels ils sont. On aperçoit d'abord un certain trouble au fond de la pupille, il y a derrière elle une coloration un peu plus jaune que dans l'état ordinaire, cette coloration est plus foncée au centre qu'à la circonférence, et d'autant plus prononcée au contraire qu'on s'éloigne davantage de la grande circonférence de la cornée. Cette coloration jaune au fond de la pupille est de nature à tromper et n'autorise pas à dire qu'il y a un commencement de cataracte. En effet, le degré de transparence du cristallin n'est pas le même chez tous les individus. Il est très commun de trouver des individus de quarante ou cinquante ans, ou des vieillards qui ont un cristallin un peu troublé ou jaunâtre, et qui ne se plaignent cependant d'aucun dérangement dans leur vision. Quelquefois lorsque la ca-

taracte est bien évidente et même presque complète, il y a des individus qui voient assez bien encore : on a de la peine à comprendre qu'ils puissent encore se conduire, et ils distinguent cependant la forme et la couleur des objets. L'an dernier nous avons été témoins, à la consultation de cet hôpital, d'un fait assez remarquable. Un grainetier des environs de Paris vint de son pays à Paris à pied et sans conducteur, nous trouver à l'hôpital de la Charité : il avait tous les signes physiques d'une cataracte presque complète, et cependant il put distinguer le doigt, un verre, et des corps d'un petit volume comme des épingles. Il était difficile de dire quel était l'œil le plus cataracté. J'ai vu d'autres faits de cette nature. Chez quelques individus on observe tout à fait le contraire de ce que je viens de vous dire, c'est à dire qu'une opacité très légère du cristallin les met presque au niveau et même au dessous de ceux dont je viens de vous parler, c'est à dire qu'ils ne distinguent plus aucun objet et peuvent à peine se conduire. Vous en avez trouvé un exemple assez frappant sur un vieillard qui était dernièrement dans nos salles; il était affecté d'une cataracte sur chaque œil, l'une très complète, l'autre commençante, et malgré cela il n'y voyait pas mieux d'un œil que d'un autre. Il n'existait cependant sur l'un et l'autre œil cataracté aucune autre complication, pas le moindre symptôme d'amaurose qui pût rendre compte de cette différence. On peut expliquer ce phénomène en remarquant que chez certains malades le fond de l'appareil cristallinien est encore seul opaque et que sa partie antérieure est transparente, ce qui permet aux rayons lumineux de se glisser dans la pupille entre le corps opaque et l'iris, d'aller sur les côtés frapper la rétine et donner la sensation des objets.

En définitive, vous voyez, Messieurs, que le commencement de l'opacité du cristallin n'est pas très concluant comme signe physique en faveur de l'existence d'une cataracte; mais plus tard l'opacité devient plus manifeste :

elle est grisâtre, blanchâtre, brunâtre, nacrée, resplendissante, suivant l'espèce de cataracte; alors le signe physique devient tellement tranché qu'il n'est plus possible de s'y méprendre. Cependant il y a encore une difficulté à noter ici pour le diagnostic. En effet, le cristallin peut revêtir une couleur noire et s'opposer complètement au passage des rayons lumineux. Ici le fond de l'œil est noir au lieu d'être jaune, blanc ou nacré, etc. Le diagnostic devient embarrassant. Arrêtons-nous un peu sur ce point.

Les cataractes noires qui ont été niées d'abord, ont été cependant contatées par des observateurs dignes de foi, par *Guy de Chauliac*, *Morgagni*, *Rolfinck*, *Freytag*, *Maître Jean*, *Pellier*, *Arrachard*, *Wenzell*, *A. Petit*, *Edward*, *Coze*, MM. *Jules Cloquet*, *Riobé*, *Luzardi*, *Sanson*, *Carron du Villards*, etc. (1), L'année dernière, il y en a eu un exemple dans le service de M. *Roux*, à l'Hôtel-Dieu, et cet exemple est très concluant : il s'agissait d'une jeune fille chez laquelle tous les symptômes de la cataracte s'étaient développés; cependant le fond de l'œil était resté noir. M. *Roux* opéra un œil par extraction, le cristallin était noir; la vision fut rétablie. L'opération eut le même résultat sur l'autre œil. M. *Robert* a rencontré un cas analogue. J'ai vu de mon côté deux malades affectés de cataracte noire, 1° sur une femme que j'opérai à l'hôpital de la Pitié, et qui présenta même une circonstance assez remarquable. Je pratiquai

(1) *Dupuytren*, dans son immense pratique, n'a pas rencontré de cataracte noire. Nous l'avons souvent entendu raconter le fait suivant. *Pelletan* et *Giraud* avaient cru trouver sur un de leurs malades une cataracte noire : ils prièrent *Dupuytren* de l'examiner. Celui-ci pensa que la maladie n'était qu'une amaurose. Après quelques discussions cliniques, *Pelletan* et *Giraud* persistèrent dans leur avis, et le prièrent de vouloir bien, afin de se convaincre lui-même, faire l'opération. *Dupuytren* fit l'extraction, et amena au dehors un cristallin parfaitement sain. L'opération ne fut suivie d'aucun accident; mais le malade resta privé de la lumière, la rétine étant paralysée. (*Leçons orales*, t. III, p. 288.)

l'opération par extraction, le cristallin était noir ainsi que sa membrane (1); celle-ci était extrêmement dure, elle avait absolument la consistance de la cornée. 2° J'opérai une autre femme par abaissement, soupçonnant qu'elle était atteinte d'une cataracte noire : la vision fut en effet rétablie, preuve que le corps opaque que j'avais détourné était le cristallin. Au surplus, il ne faut pas croire que dans la cataracte noire, le cristallin soit absolument noir; il est brun, roussâtre, avec une teinte légèrement jaune, et il est possible de distinguer au fond de la pupille un corps d'un aspect mat et velouté et qui est assez rapproché de la cornée. D'après cela, il me semble que le diagnostic de la cataracte noire n'est pas aussi difficile qu'on l'a dit, et qu'avec un peu d'attention on la distinguera bien de l'amaurose (1).

Caractères différentiels des espèces de cataracte. La cataracte lenticulaire débute par le centre ordinairement, je dis ordinairement, car ce n'est pas toujours ainsi qu'elle commence, et je l'ai vu moi-même plusieurs fois se déclarer par les côtés. Le corps opaque paraît assez profondément situé et laisse entre lui et la face postérieure de l'iris un espace qu'il est facile d'apercevoir. La pupille se colore près de son bord libre d'un cercle d'un noir assez foncé, large d'une demi-ligne à peu près et qui a l'air de faire partie de l'iris ; ce cercle n'est autre chose que l'ombre ou le reflet de l'iris sur la capsule du cristallin On ne remarque pas ordinairement ce cercle quand il y a cataracte capsulaire.

La coloration de la cataracte lenticulaire est caractéristique. En effet, elle est égale, régulière et d'autant plus

(1) *M. Sichel* prétend donc à tort que la cataracte noire est toujours lenticulaire.

(2) On ne connaît rien de bien positif sur les causes particulières de la coloration des cataractes. On a dit que la cataracte noire tenait à la présence du deutoxide de fer. *M. Rossi* l'attribue à *l'oxide de manganèse.*

foncée qu'on l'examine plus au centre, et allant en diminuant graduellement au contraire du centre à la circonférence. Son aspect a quelque chose de velouté. Ces caractères physiques appartiennent seulement à la cataracte lenticulaire solide, ils sont différents dans la cataracte lenticulaire, molle ou liquide.

Les signes physiques de la cataracte capsulaire diffèrent suivant la variété. Néanmoins il y a des signes généraux qui l'annoncent. Ainsi tantôt c'est par le centre, tantôt par la circonférence ou tout autre point qu'elle débute. Elle commence par un pointillé disséminé çà et là d'une manière irrégulière. Elle présente un plan plus rapproché de la cornée que la cataracte lenticulaire. Ordinairement la zone noire qu'on trouve dans cette dernière manque; enfin quand la cataracte capsulaire est complète, elle produit l'effet d'une plaque de nacre, d'écaille, et présente des reflets plus ou moins nombreux. Cette cataracte est souvent bombée, et elle fait même quelquefois une espèce de saillie dans la chambre antérieure, saillie qu'on peut apercevoir en examinant l'œil de côté. Tels sont les signes généraux de l'existence de la cataracte capsulaire. Nous verrons plus loin ceux qui appartiennent à ses variétés.

Quand la cataracte est molle, liquide, *laiteuse*, comme on le dit, il y a des signes particuliers et assez caractéristiques. La capsule paraît comme distendue. Sa coloration est blanche, jaune et quelquefois roussâtre. Elle parait plus superficielle que toutes les autres espèces de cataractes; la coloration qu'elle présente est régulière, il n'y a point de zone noire autour de la pupille. Elle s'avance souvent d'une manière très notable en pointe, et c'est même ce qui lui a valu par quelques auteurs le titre de *cataracte pyramidale*. Si cette capsule est fortement distendue et en même temps roussâtre, ou un peu brune, vous pourrez soupçonner une cataracte purulente, je dis soupçonner,

car on ne peut rien affirmer de positif en pareille matière. Si au contraire elle est ocrée et jaunâtre, on pourra soupçonner une diffluence du cristallin. Au surplus, vouloir distinguer toutes les nuances de liquéfaction qui peuvent s'opérer dans la lentille cristalline, et attribuer à chacune d'elle des signes parfaitement caractéristiques, c'est tomber dans des subtilités qui ne présentent absolument rien d'important pour la pratique.

On peut distinguer l'opacité du feuillet postérieur de la capsule cristalline, de celle du feuillet antérieur. Je vous ai dit que l'opacité plus profonde et à plan concave était déjà un signe qui peut faire croire à une opacité du feuillet postérieur, mais ce signe n'est pas suffisant pour l'affirmer. Alors, on peut employer les moyens imaginés par M. *Sanson*. C'est ici le lieu de vous parler de ces moyens de diagnostic recommandés par ce praticien pour reconnaître les diverses espèces de cataractes et leurs complications.

Lorsqu'on place au devant de l'œil d'un amaurotique dont la pupille a été dilatée soit par l'effet de la maladie, soit par l'action de la belladone, une lumière, on voit très distinctement et constamment trois images de la flamme se dessiner dans les milieux transparents de l'œil. De ces trois images, deux sont *droites* et une est *renversée :* elles sont situées en arrière les unes des autres dans l'ordre suivant : la plus antérieure qui est la plus apparente est droite, la plus profonde qui est la plus pâle est droite aussi, et la troisième située entre les deux autres est renversée. Cette dernière qui est plus pâle que l'antérieur, mais plus vive que la postérieure, est la plus petite; elle offre cela de particulier, que dans les mouvements de latéralité ou de circumduction qu'on imprime à la lumière, elle s'écarte des deux autres pour se porter constamment du côté opposé à la lumière, tandis que les deux autres suivent un mouvement uniforme et sont toujours en re-

gard de cette dernière. En d'autres termes, si la lumière est placée au niveau de l'axe de la pupille, les trois images qui sont situées sur le même plan antéro-postérieur sont masquées les unes par les autres, et on ne voit que la première. Mais si l'observateur, conservant la même position, porte la lumière vers l'angle externe de l'œil, il voit aussitôt les deux images droites, situées l'une derrière l'autre, se porter vers ce côté de l'œil, et l'image renversée sortir d'entre les deux précédentes et se diriger vers le côté interne. Si on promène circulairement la lumière, les deux images droites la suivent exactement en décrivant un cercle : elles sont situées toutes les deux en haut au moment où la lumière s'y trouve, et en bas dès que cette dernière y a été portée. L'image renversée décrit aussi un cercle dans le même sens, mais elle est toujours près de l'une des extrémités d'un même diamètre de la pupille, dont les deux images droites suivent l'autre extrémité. Ces images sont très difficiles à apercevoir pour celui qui ne les a jamais vues ; il faut de l'habitude et de l'attention pour bien les voir. Le malade dont la pupille a été dilatée sera placé autant que possible dans l'obscurité, et l'observateur, disposé devant lui de manière à ce que la vue plonge dans l'œil soumis à l'examen, en suivant la direction de l'axe du globe oculaire. La lumière sera portée au côté externe de l'œil, de manière à ce que l'image droite antérieure, qui est très grande et très brillante, se trouve au niveau de la partie supérieure et externe de la pupille; on verra alors, pourvu qu'on observe attentivement le fond de l'œil, l'image renversée, qui est située à une ligne environ de la précédente, à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen du diamètre de la pupille dont l'image droite antérieure occupe l'extrémité supérieure. Si on ne l'aperçoit pas ainsi, il suffirait de porter doucement la lumière de haut en bas et de bas en haut, en regardant fixement dans le champ de la pupille, et on ne tarderait pas à la voir qui

descend et remonte. Quant à la lumière droite postérieure, elle est assez facile à trouver; elle est beaucoup plus pâle que la renversée, mais elle est plus grande qu'elle. Elle semble située à deux tiers de ligne en arrière de la droite antérieure, dont on dirait qu'elle est l'ombre. Si la lumière est en dehors, on doit la chercher en dedans de la droite antérieure, et en dehors, au contraire, si la lumière est du côté de l'angle interne de l'œil.

Dès qu'on aura vu ces trois lumières, on les retrouvera, dit M. *Sanson*, constamment et sans difficulté, pourvu qu'il n'existe aucun trouble dans le cristallin.

Dans la cataracte, quel que soit le degré de développement de la maladie, ces images manquent. Un malade fut adressé d'*Alep* par un médecin à M. *Sanson* pour être opéré de la cataracte; les trois images existaient : il reconnut un glaucôme. Appelé une fois en consultation pour voir un malade que plusieurs médecins avaient déclaré atteint de cataracte, il reconnut les trois images très distinctes : c'était une amaurose. Une autre femme lui fut adressée à l'hôpital de la Pitié; il n'existait aucune opacité dans le champ de la pupille, deux images manquaient : il diagnostiqua deux cataractes (1).

Il devenait important de faire des expériences capables de déterminer quels sont les organes qui produisent ces lumières, et quels sont ceux dont l'altération doit faire varier leur nombre et leur position. MM. *Bardinet* et *Pigné* firent de nouvelles recherches, et voici ce qu'ils obtinrent :

En plaçant une lumière au devant de la surface convexe d'un verre de montre, on voit une image droite de la flamme; si la lumière est placée au devant de la surface convexe de plusieurs verres de montre superposés, on verra autant d'images *droites* qu'il y aura de verres, et ces images seront d'autant plus rapprochées que les verres se-

(1) Il s'agissait probablement de deux cataractes noires.

ront plus fins et plus près les uns des autres ; elles seront au contraire d'autant plus éloignées que les verres seront plus épais et que la distance qui les sépare sera plus grande. Placée au devant de la concavité d'un verre de montre, la lumière produit une image qui est toujours *renversée ;* si on superpose plusieurs verres, on aura plusieurs images renversées. Si maintenant on adosse circonférence à circonférence deux verres de montre, de manière à former une lentille creuse, la lumière rencontrera deux surfaces, l'une antérieure qui est convexe, et une postérieure qui est concave. D'après ce qui a été dit, on doit avoir deux images, l'une droite et l'autre renversée. C'est effectivement ce qui a lieu; mais là se présente un phénomène important : l'image droite est produite par la surface convexe du verre qui est situé en avant, et l'image renversée est reflétée par la surface concave du verre placé en arrière, et cependant, dans la lentille creuse, l'image renversée est située sur un plan beaucoup plus antérieur que l'image droite. Ceci est conforme aux lois de la physique. On sait en effet que les surfaces courbes qui reflètent une image la renvoient au foyer de leur courbe ; on sait de plus que, pour les surfaces convexes le foyer est virtuel, et par conséquent situé en arrière du miroir réflecteur, et que pour les surfaces concaves le foyer est réel, et par conséquent en avant du miroir. De là, il est facile de conclure pourquoi l'image droite est située derrière la renversée. Mais qu'on éloigne les deux verres l'un de l'autre, de manière à ce que le foyer réel de la surface concave soit plus en arrière que le foyer virtuel de la surface convexe, et alors l'image droite sera située en avant de l'image renversée. Les mêmes phénomènes se passent exactement de la même manière quand on place une lumière devant une lentille pleine, et la position relative des deux images variera suivant que les deux surfaces de cette lentille seront plus ou moins bombées.

Si on place un verre de montre devant une lentille, on aura trois images de la lumière, savoir : deux droites produites l'une par le verre de montre, l'autre par la surface antérieure de la lentille, et une renversée produite par la surface postérieure de cette lentille. La position de ces trois lumières variera suivant que le verre de montre sera plus ou moins rapproché de la lentille; la renversée sera toujours sur une lentille ordinaire, en avant de la droite produite par cette même lentille; mais l'image renversée pourra se trouver au niveau ou en avant même de celle qui est produite par le verre de montre, si ce dernier est trop rapproché de la lentille. Appliquant le résultat de ces expériences à l'explication des faits énoncés par M. *Sanson*, MM. *Pigné* et *Bardinet* concluent :

Que la cornée et l'appareil du cristallin suffisent pour la production de ces trois images. La droite antérieure est produite par la cornée, la renversée est réfléchie par le segment postérieur de la capsule, et la droite postérieure par son segment antérieur.

Si l'humeur aqueuse vient à disparaître, de manière à rapprocher la cornée du cristallin; l'image renversée, qui dans l'état normal est la moyenne, pourra se trouver la plus antérieure.

Si ces trois images viennent à manquer, c'est que la cornée transparente sera assez opaque pour empêcher les rayons lumineux d'arriver à l'appareil du cristallin.

Si deux images manquent, ce ne pourra être que les deux profondes; car il est impossible que l'une d'elles se produise sans qu'on aperçoive celle qui serait nécessairement produite par la cornée restée transparente.

Si une seule image manque, ce sera toujours la renversée; car si c'était l'une des droites, il en résulterait que le trouble qui déterminerait son absence empêcherait nécessairement la lumière d'arriver à la seule surface capable de produire l'image renversée.

Si enfin les trois images existent, c'est qu'il n'y a pas de trouble dans l'appareil du cristallin; et si cependant il y a un trouble dans la vision, il faut en rechercher la cause plus profondément.

Ainsi en résumé, l'opacité de la cornée transparente détruit les trois images. L'opacité de la capsule antérieure fait disparaître les deux images postérieures, et l'opacité de la capsule postérieure empêche l'image renversée seule de se produire.

Si l'appareil du cristallin est enlevé, les deux images qu'il produisait manqueront; il ne restera plus que la droite antérieure. Mais si le cristallin est enlevé, et si le segment postérieur de la capsule intacte reste en place, on verra deux images, la droite antérieure et la renversée.

Des faits pathologiques et des expériences nouvelles sont venus confirmer ce que MM. *Bardinet* et *Pigné* avaient avancé.

M. *Sanson* fit d'autres essais avec des appareils destinés à simuler les diverses opacités dont le cristallin et ses annexes pouvaient être le siége. Ayant fait construire en verre toutes les pièces dont se compose l'organe de la vision, il est arrivé aux mêmes résultats que MM. *Bardinet* et *Pigné*. Puis ayant fait dépolir certaines surfaces, il a cherché à voir comment les images se comporteraient dans la cataracte capsulaire postérieure, dans la cataracte lenticulaire et dans la cataracte capsulo-lenticulaire, et il a constaté 1° que si l'on dépolit la surface postérieure d'une lentille, on ne voit qu'une seule image droite; 2° que si la surface convexe d'un verre de montre est dépolie, on voit toujours l'image renversée. Du premier de ces faits on peut conclure que l'opacité du feuillet le plus postérieur du cristallin empêche nécessairement la production de l'image renversée. Du second on peut conclure que si la capsule cristalline avait une épaisseur qui permît à l'opacité de

n'envahir que sa partie postérieure, on aurait l'image renversée. Mais cette membrane est si mince et si homogène, qu'il est impossible d'admettre qu'une moitié seule de son épaisseur puisse se prendre, tandis que l'autre resterait intacte; d'où il résulte que, dans l'opacité de la capsule, quel que soit son développement, l'image renversée doit manquer.

En superposant deux verres de montre, on a deux images, ainsi qu'il a été dit plus haut, images dont l'éloignement sera toujours en rapport avec celui des verres. Ce fait qui n'a pas besoin de démonstration a trouvé une application. M. *Pasquet* a vu que chez le bœuf, dont la capsule est séparée du cristallin par une grande quantité d'humeur de *Morgagni*, il y avait cinq images : trois droites produites, l'une par la cornée, l'autre par la capsule, et la troisième par la face antérieure du cristallin, et deux renversées reflétées l'une par la surface postérieure du cristallin, et l'autre par la capsule postérieure. Faisant à l'homme l'application de ce fait, on se demande naturellement si le cristallin qui est séparé de la capsule par un peu de liquide reste sain, pendant que sa membrane postérieure est opaque, comment se fait-il que sa surface postérieure ne produise pas une image renversée? Il est difficile de le dire; mais ayant eu l'occasion d'observer une cataracte capsulaire postérieure, MM. *Pigné* et *Bardinet* s'assurèrent qu'il n'y avait pas d'image renversée.

En comparant ce qu'on observe dans ces expériences, avec ce qu'on voit dans l'œil, on est frappé d'une chose, c'est de l'éclat et du volume considérable des images produites par les lentilles de la faiblesse et de la petitesse de celles qui sont reflétées par le cristallin. M. *Pasquet* a voulu chercher l'explication de cette différence. Il a placé son appareil sous l'eau, ou bien encore il a mis une petite lentille entre deux verres de montre, et le reste de l'intervalle a été rempli d'eau. Il a vu alors les images postérieures

perdre la plus grande partie de leur éclat, et devenir d'une pâleur qui les fait ressembler plus exactement à celles de l'œil. La plus grande partie des rayons lumineux incidents étant réfractée, ce n'est qu'une minime quantité qui se trouve réfléchie, et dans cette quantité il n'en arrive que très peu au cristallin, puisque la presque totalité est réfléchie par la cornée, et qu'une partie du reste est absorbée en traversant les milieux de l'œil.

Cette explication pourra bien ne pas satisfaire tout le monde; aussi ne doit-on attacher d'importance qu'au fait qui est incontestable, c'est à dire l'état des images. M. *Sanson* du reste a fait diverses expériences qui donnent l'explication du peu d'éclat de ces images. En plaçant une lentille derrière un verre de montre, de manière à simuler le cristallin derrière la cornée, puis plaçant entre le verre de montre et l'œil une lumière, il était facile de voir la lumière reflétée en arrière de la lentille sur un corps capable d'en recevoir l'image. Cette dernière bien que renversée et très apparente, offrait des bords lumineux, qui au lieu de cesser brusquement, s'éteignaient insensiblement, à peu près comme l'ombre que produit un corps opaque exposé au soleil. Si maintenant on plaçait entre ce verre de montre et la lentille, une carte percée d'une ouverture circulaire de la largeur d'une pièce de vingt-cinq centimes, et représentant l'iris entre la cornée et le cristallin, l'image de la lumière qui était projetée en arrière de la lentille devenait plus faible, plus petite et ses bords tranchaient au vif sur le corps qui la recevait. Ce fait a conduit MM. *Pigné* et *Bardinet* à l'expérience suivante qui n'en est que le corollaire, en plaçant une lumière au devant d'une lentille, on voit comme nous l'avons dit plus haut deux images d'une certaine étendue. Si entre la lumière et la lentille on place une carte percée d'une ouverture, et si on regarde par cette ouverture, on voit les deux images, mais elles ont perdu de leur éclat et elles

ont diminué considérablement. A égale distance, plus l'ouverture faite à la carte est petite, moins ces images sont grandes et vives. Sur un œil dont on a enlevé l'iris, les deux images produites par le cristallin sont beaucoup plus grandes que celles qu'on apercevait dans le même œil avant l'ablation de l'iris. De là, on peut conclure que l'iris exerce une influence directe sur le volume et l'éclat des images produites par l'appáreil du cristallin. Peut être est-ce pour cela que, pour que les images soient bien visibles, il faut que la pupille soit préalablement dilatée.

M. Pasquet (1) dans des expériences très intéressantes qu'il a faites sur des cataractes qu'il produisait artificiellement, est arrivé aux résultats suivants. Quand il était parvenu à rendre opaque le segment postérieur de la capsule, l'image renversée manquait. Quand on cherchait à la découvrir, on la trouvait encore dans les parties qui n'étaient pas encore devenus bien opaques; mais elle disparaissait au niveau de tous les points qui étaient troublés par les substances que *M. Pasquet* avait fait pénétrer dans la capsule postérieure.

Si on rend opaque la partie postérieure du cristallin, l'image renversée manque encore.

Quand on trouble la capsule antérieure, l'image droite postérieure disparait.

Si le cristallin et la capsule postérieure sont intacts, et que la capsule antérieure soit opaque, les deux images profondes disparaissent.

Si le cristallin et la capsule postérieure sont opaques, et la capsule antérieure transparente, l'image droite postérieure est conservée.

Ces faits intéressants fournis par l'expérimentation ont été confirmés par des faits cliniques. Quoiqu'ils ne soient pas très nombreux encore, ils sont confirmatifs des prin-

(1) Thèse, 17 août 1837, n° 317.

cipes qui ont été posés, ils prouvent tout le parti qu'on peut tirer du moyen imaginé par *M. Sanson*, pour éclairer le diagnostic dans des cas obscurs.

Voilà, Messieurs, ce que j'avais à vous dire des signes de la cataracte cristalline ou capsulaire, je n'insisterai point sur les signes propres aux variétés désignées sous les noms de cataractes *barrées*, *réticulées*, *en étoile*, etc., etc. La dénomination indique assez ce dont il s'agit. Je crois inutile de donner des détails sur ce point.

Symptômatologie des cataractes fausses. — On reconnaît les cataractes fausses à des signes différents suivant leurs espèces. En effet, la *cataracte membraneuse* ou *plastique*, la *cataracte purulente* et la *cataracte hématique* ne se ressemblent pas.

La cataracte fausse membraneuse se présente ordinairement à l'occasion d'une cause appréciable, d'une inflammation, d'une plaie, d'une chute, d'un coup, d'une contusion. Elle se présente sous l'aspect de points disséminés qui se rassemblent, s'agglomèrent et constituent une pellicule, une espèce de voile légèrement opaque, un nuage régulier qui devient de plus en plus épais, placé au devant du cristallin, derrière la pupille, ou dans cette ouverture, et même au devant d'elle. On la distingue de la cataracte capsulaire en ce qu'elle est plus rose, qu'elle ne s'accompagne point d'adhérences avec les parties voisines, avec l'iris surtout, d'immobilité de cette membrane et de difformités de la pupille; en outre il n'existe point, comme dans la cataracte capsulaire, un espace libre entre le bord libre de la pupille et le corps opaque, à moins que cette cataracte capsulaire ne soit elle-même compliquée de ces adhérences.

Cataracte fausse purulente. — Celle-ci ne présente pas comme la précédente une membrane, une pellicule, une espèce de voile, un nuage. Dès le début on voit des grumeaux d'une opacité très prononcée. Ces grumeaux se trou-

vent derrière la pupille ou dans cette ouverture où ils font quelquefois une saillie très prononcée. Cette ouverture est elle-même déformée et il y a en même temps des adhérences de l'iris et immobilité de cette membrane. Quant à reconnaître les autres caractères des fausses cataractes lymphatiques, de ceux des cataractes fausses purulentes, je crois que cela devient impossible, que ce n'est d'aucune importance pour le pronostic et le traitement, et que ce serait s'occuper de futilités que d'insister sur ce point.

Cataractes hématiques. — Il est quelquefois très difficile de reconnaître ces cataractes. L'opacité se confond ici avec la teinte naturelle du fond de l'œil, ce qui fait qu'on ne peut distinguer s'il y a cataracte, surtout si l'épanchement sanguin a lieu derrière le cristallin. Cependant elles donnent lieu à quelques symptômes qui peuvent conduire à les constater. D'abord il y a les signes commémoratifs, les antécédents, qui doivent fixer l'attention. Ainsi l'épanchement sanguin qui constitue la cataracte hématique a eu lieu après un coup, une chute, une violence extérieure, accidents à la suite desquels, et après que les phénomènes inflammatoires ont été calmés, la vision ne s'est point rétablie. C'est alors qu'on peut soupçonner que des grumeaux de sang s'opposent au passage des rayons lumineux jusque au fond de l'œil. On sera d'autant plus fortifié dans ce soupçon, que la pupille ne sera pas nette dans son fond. Car dans le cas contraire on pourrait la confondre avec l'amaurose dont nous établirons plus bas le diagnostic différentiel. Si le fond de l'œil n'est pas bien régulier, si on y remarque comme un plan brun, roux, inégal, qu'en même temps la pupille soit bien dilatable et régulière, que le malade distingue bien en même temps le jour d'avec la nuit, on peut croire alors à une cataracte hématique.

Cataractes secondaires. — Elles sont très aisées à reconnaître. D'abord elles surviennent après l'opération dite de

la cataracte soit par abaissement, soit par extraction. Si on a opéré par abaissement et qu'il n'y ait pas eu d'inflammation portée au point d'amener une fausse cataracte, on a alors soit une cataracte secondaire par réascension du cristallin, soit une cataracte par opacité survenue à la capsule qui lors de l'opération était transparente et qui a été laissée en place.

S'il y a eu inflammation à la suite de l'opération de la cataracte, que cette cataracte secondaire soit la suite de cette inflammation, on en peut observer trois variétés.

1° Celle qui provient de l'opacité de la couche diffluente externe du cristallin.

2° Celle du feuillet antérieur, ou du feuillet postérieur de la capsule.

3° Celle qui provient de l'agglomération et de l'opacité des débris de la capsule, de celle des parties du corps hyaloïdien qui ont été lacérées dans l'opération.

Ces diverses cataractes sont assez faciles à reconnaître. S'il y a réascension du cristallin abaissé, on observe tous les phénomènes de la cataracte lenticulaire tels qu'ils existaient avant l'opération. Il en est de même pour la cataracte capsulaire. Je n'aurai donc rien à vous dire de plus que ce que je vous en ai déjà dit. Quant à celle qui vient de l'agglomération des débris de la capsule et des portions lacérées du corps hyaloïdien, elle constitue un corps opaque, irrégulier, placé tantôt près, tantôt loin de la pupille, tantôt en haut, tantôt en bas, ou sur les côtés. Quand il y a cataracte secondaire véritablement phlegmasique, il y a ordinairement adhérences de l'iris, déformation de la pupille, et c'est surtout dans ce cas qu'on observe la *synéchie postérieure*, c'est à dire des adhérences de la face postérieure de l'iris à ce magma résultant de l'agglomération de tous les débris que je vous ai signalés.

Tels sont les divers signes des cataractes à l'aide desquels vous pourrez vous reconnaître au milieu de ce dédale.

J'ajouterai encore quelques mots cependant sur ce que l'on désigne sous les noms de cataractes *mûres* et de cataractes *non mûres*. La cataracte se développe sous l'influence d'un travail inconnu dans la nature, mais qui n'en existe pas moins; tant que ce travail existe, on dit que la cataracte n'est pas mûre; quand il est éteint, au contraire, on la dit mûre. Ce point est bon à retenir, parce qu'il présente quelque importance pour la thérapeutique, ainsi que nous le verrons en parlant du traitement de la cataracte.

Autrefois on pensait que la cataracte passe par différents degrés de consistance; que, molle et diffluente dans le principe, elle devient peu à peu ferme et solide, qu'en un mot elle mûrit. Aujourd'hui on n'admet plus ce genre de progrès dans la cataracte. On sait que la cataracte peut être très solide dès le commencement, et devenir presque liquide après un long laps de temps. Toutefois, cette idée de maturité ou de la non maturité de la cataracte n'est pas dépourvue de fondement. La cataracte n'est réellement complète que lorsque la cause qui la produit a cessé d'agir, que le cristallin est devenu un véritable corps étranger, un point nécrosé du corps; alors, cette cause inconnue dans sa nature et qui produit la maladie est épuisée, a disparu de l'organe dans lequel elle siégeait, et il y a plus de chances de succès dans l'opération que lorsqu'il est encore sous son influence.

Terminons la symptômatologie de la cataracte par quelques mots sur la cataracte *congénitale*. Celle-ci présente plusieurs caractères qui ne permettent pas de la confondre avec les autres : d'abord elle est en général à la fois molle et capsulaire ; quelquefois, avec le temps, le liquide que contient la capsule est résorbé; celle-ci se vide et ressemble à une véritable gousse flétrie; quand elle reste molle, au contraire, elle est bombée et saillante. Chez les enfants, la cataracte congénitale présente encore un caractère particulier : c'est un mouvement conti-

nuel de l'œil, les enfants l'agitent sans cesse, il est dans une mobilité et un tournoiement tels qu'il devient quelquefois très difficile de le fixer pour examiner la nature et le degré de la cataracte. Ce mouvement est déterminé par la recherche de la lumière et le désir de distinguer plus nettement les objets qui les entoure, objets qu'ils voient toujours un peu, car il y a habituellement entre l'iris et le corps opaque un espace qui permet encore à la lumière de pénétrer dans l'œil, et de donner une idée confuse des corps environnants. C'est exactement le même phénomène dont je vous ai parlé à l'occasion de la cataracte centrale des adultes.

Complications de la cataracte. Adhérences. — Parmi nos malades affectés de cataracte et qui peuvent utilement servir d'exemples aux définitions que je vous donne, vous verrez (7 juin 1839) au dernier numéro de la salle Sainte-Catherine une femme qui est atteinte à la fois d'une vraie et d'une fausse cataracte. Il y a opacité du cristallin et de sa capsule, en même temps qu'il y a des fausses membranes, et des adhérences de l'iris à la capsule du cristallin; adhérences qui se sont développées à la suite d'une iritis et avant l'opacité de l'appareil cristallinien. Les deux yeux sont atteints de la même maladie, la pupille de chaque œil est collée à la capsule du cristallin, elle est de forme très irrégulière; à sa circonférence existe un cercle d'une couleur grisâtre et large de plus de deux lignes environ; il n'existe entre l'iris et le cristallin aucun espace. Ici il s'agit d'une fausse cataracte entée sur une cataracte vraie. Il y a peu de chose à espérer de l'opération chez cette femme : cependant je lui ai promis de la tenter; et comme il n'y a point d'amaurose, que ses cataractes ne lui permettent de rien voir du tout, et que par conséquent sa position ne peut empirer, je vais la pratiquer tout à l'heure. Ne croyez pas cependant, Messieurs, que si je n'avais pas quelque espoir de rendre la vue à cette malade je ferais cette

opération. En effet, elle n'est pas sans conséquence. Chez certains individus, on voit, à la suite de l'opération de la cataracte sur des yeux malades depuis longtemps et enflammés d'une manière chronique, quel que soit le procédé que l'on met en usage, on voit, dis-je, se développer souvent des inflammations vives, très opiniâtres, et surtout fort douloureuses. Aussi je ne pratique cette opération sur cette malade que parce que je pense que les autres humeurs de l'œil placées derrière le cristallin opaque sont encore transparentes, et que je pourrai rendre à cette malheureuse femme un peu de vision, la mettre enfin dans des conditions un peu meilleures que celles dans lesquelles elle se trouve actuellement. Je vais l'opérer d'un seul œil aujourd'hui; je choisirai le plus mauvais : c'est le gauche, chez lequel les adhérences me semblent être plus fortes, plus étendues, la pupille être plus irrégulièire, etc. Si l'inflammation qui suivra l'opération n'est pas trop vive, j'opérerai plus tard l'œil droit, lors même que je n'aurais pas rétabli la vision sur l'œil gauche. Mais dans le cas où cette première opération serait suivie de violentes douleurs, et d'une inflammation prolongée, je m'abstiendrai de pratiquer la seconde, car elle serait sans fruit pour la vision, et pourrait causer quelque préjudice à l'état général de la malade.

(*M. Velpeau* opère par abaissement l'œil gauche; l'opération présente des difficultés beaucoup moindres qu'il ne pensait. Les adhérences ont été détruites, et la cataracte abaissée aisément.)

Cette opération qui a été beaucoup moins laborieuse que je ne croyais, et qui pourra réussir, devra être promptement suivie de l'emploi de la belladone, afin de dilater et de faire resserrer alternativement la pupille, maintenant qu'elle est dégagée du corps opaque qui l'obstruait. Cela aura pour but d'abord, de lui rendre son jeu habituel, et ensuite de prévenir la formation de nouvelles adhérences avec les parties environnantes.

Tremulus iridis. Une autre complication de la cataracte, dont nous avons actuellement plusieurs exemples présents sous les yeux, et sur laquelle je veux appeler un instant votre attention, parce qu'elle est assez mal connue suivant moi, c'est le *tremblottement des humeurs de l'œil,* connu sous le nom de *tremulus iridis,* parce que l'iris est agité dans cette complication d'un tremblottement continuel, tremblottement qui est déterminé lui-même par celui des humeurs de l'œil. Au n° 50 de la salle des hommes, est un vieillard qui a été opéré de la cataracte il y a six semaines environ, et qui présente le *tremulus iridis* au plus haut point; son exemple est d'autant plus curieux que des auteurs donnent ce signe comme annonçant une amaurose et comme contr'indiquant l'opération. Ce malade vous prouvera tout le contraire, Messieurs, il a été opéré et il voit bien, donc il n'avait pas d'amaurose. Il sort aujourd'hui de l'hôpital.

Le second malade qui va venir tout à l'heure vous fournira un autre exemple de *tremulus iridis.* Il est affecté d'une cataracte secondaire. La capsule du cristallin, transparente avant l'opération, ayant été laissée en place, est devenue opaque quelque temps après l'opération. Son observation servira encore à détruire une autre erreur relative à cette maladie. En effet, le *tremulus iridis* a été regardé par plusieurs chirurgiens comme étant produit par l'opération de la cataracte. Eh bien! Messieurs, ce malade l'avait avant que je la lui eusse pratiquée. D'autres ont dit qu'elle était due à la paralysie de l'iris; c'est encore une fausse idée. L'iris, chez ce malade comme chez ceux que j'ai observés dans la même situation, se contracte parfaitement bien. Vous voyez, Messieurs, que ces trois opinions qui tendent à faire admettre l'amaurose, la paralysie de l'iris et l'opération de la cataracte, comme causes du *tremulus iridis*, sont tout à fait fausses. Je crois que cette maladie dépend de ce que le corps vitré est plus liquide que dans l'état ordinaire. Cette maladie du corps

vitré, car c'en est une, doit vous engager à ne pas trop donner d'espérance de guérison par l'opération aux malades. Celui que je vais opérer devant vous tout à l'heure a subi déjà il y a deux ans l'opération sur l'œil gauche, et il n'en a retiré aucun bénéfice : il ne voit pas de cet œil. J'espère très peu de succès de celle que je vais recommencer sur l'œil droit; car la cataracte secondaire qu'il a consistant dans un seul lambeau, qui se déplace dans certaines positions qu'affecte le malade, il pourrait voir encore un peu de cet œil, et cependant il affirme ne rien distinguer. Le précédent malade, qui est comme celui-ci affecté d'un *tremulus iridis*, voit cependant très bien, ce qui ne doit pas par conséquent ôter tout à fait l'espérance de guérir celui-ci, malgré cette complication.

J'ajouterai, Messieurs, une dernière remarque à l'occasion de ce *tremulus iridis*, c'est que lorsqu'on opère par abaissement et que la cataracte est lenticulaire, elle se déplace très facilement et reproduit souvent les cataractes secondaires. Du reste, l'opération a rarement des suites fâcheuses, et j'ai remarqué que chez les individus affectés de cette complication l'inflammation suite de l'opération est très légère. J'ai déjà opéré un certain nombre d'individus atteints de cette complication, et un ou deux jours après l'opération il n'y avait plus aucune trace de l'irritation produite par l'introduction de l'aiguille.

La méthode à employer chez les malades cataractés et qui sont en même temps atteints du *tremulus iridis*, ne peut être que l'abaissement. Il faut bien se garder d'employer l'extraction chez eux, car l'issue de l'humeur vitrée est dans ce cas-là presque certaine. Chez un individu qui était affecté du *tremulus iridis* et que j'opérai par extraction, le cristallin sortit lentement de lui-même, enveloppé de sa capsule, quelques moments après l'ouverture de la cornée, et l'humeur vitrée se trouva tellement fluide, qu'elle se serait échappée comme de l'eau si je n'avais sur le champ com-

primé le devant des yeux avec de la charpie; l'œil gauche tomba en fonte purulente, le droit devint transparent, mais insensible à toute lumière.

Maintenant parlons d'une autre complication très fréquente de la cataracte, de l'*amaurose*.

Amaurose. C'est une maladie extrêmement mal connue, ou plutôt c'est un symptôme de maladies très variées de l'œil, ou même d'organes quelquefois extrêmement éloignés. Quoi qu'il en soit, l'amaurose étant une complication qui empêche toute réussite de la cataracte, on s'est efforcé de tout temps à la bien reconnaître.

Dans l'amaurose bien tranchée sans cataracte, il y a cécité avec dilatation de la pupille, et immobilité de cette ouverture avec coloration ordinaire du fond de l'œil. Ce sont les caractères principaux de la maladie. S'ils étaient ordinairement aussi tranchés, il serait facile de reconnaître la maladie, mais souvent l'amaurose sans être compliquée de cataracte se développe d'une manière lente, insensible, la dilatation de la pupille est faible, le fond de l'œil ne reste pas noir, il a une teinte brune, verdâtre, roussâtre. Si le diagnostic est déjà aussi difficile quand l'amaurose est sans complication, à bien plus forte raison devient-il très embarrassant de la reconnaître quand il y a cataracte.

On a cherché à reconnaître l'amaurose de la cataracte par l'étude des antécédents. Ainsi on a dit que la marche de l'amaurose était beaucoup plus rapide que celle de la cataracte qui se développe ordinairement avec lenteur. Mais je vous ai déjà dit qu'il y avait des cataractes qui se manifestaient en quelques jours, et d'un autre côté il y a des amauroses qui se développent avec une grande lenteur. On a essayé d'établir un rapport entre le degré d'opacité du cristallin et la cécité, mais vous devez peu compter sur ce signe, puisque vous avez vu qu'il y avait des individus dont le cristallin était très opaque et qui cependant voyaient assez bien, tandis qu'il y en avait dont le cristallin était à peine

obscurci et qui n'y voyaient plus du tout. On a dit que les cataractes se développaient sans douleur, sans céphalalgie, tandis que l'amaurose en était toujours accompagnée. Bien que cela soit vrai dans le plus grand nombre de cas, on observe souvent aussi des cataractes accompagnées de douleurs dans l'orbite, au sourcil, à la tempe, dans l'intérieur du crâne, de même qu'il y a des amauroses qui n'en présentent absolument aucune.

Ces divers signes sont d'une valeur presque nulle dans les cas embarrassants. Peut-on mieux reconnaître la maladie à l'aide du moyen imaginé par M. *Sanson?* Je crois que ce moyen est réellement très utile, et je m'en suis positivement assuré. Cependant j'ai vu il y à quelques jours à la consultation un individu qui avait une opacité très apparente du cristallin, et sur lequel on voyait parfaitement bien les trois images fournies par la bougie allumée. D'un autre côté vous avez pu voir, à l'avant dernier lit de la salle des hommes, un vieillard chez lequel il y avait un corps opaque derrière la pupille, et cependant vous n'apercevez chez lui que deux images de lumières, la *renversée* manquait. J'ai cru pouvoir diagnostiquer chez lui une cataracte du feuillet postérieur de la capsule. Ce moyen de diagnostic mérite donc d'être revu et étudié avec soin pour en fixer définitivement la valeur.

Vous voyez, Messieurs, d'après ce que je vous ai dit, qu'il n'y a pas de signe bien positif pour distinguer d'une manière certaine la cataracte de l'amaurose et la complication de cette dernière maladie avec la première et qu'il est des circonstances dans lesquelles on doit rester dans le doute. L'opération seule peut le lever.

Adhérences. Les adhérences de la capsule du cristallin avec l'iris dont je vous ai déjà dit quelques mots, ne sont pas en général difficiles à reconnaître. Tantôt elles sont très fortes, tantôt au contraire elles consistent seulement en des filaments excessivement fins : pour en déterminer la

force et l'étendue ; il faut avoir recours à l'emploi de la belladone.

La dilatation qui en résulte amène souvent les formes les plus bizarres de la pupille ; cette ouverture prend alors celle d'un trèfle, d'un losange, d'une ellipse, etc., etc. Pour obtenir un effet prompt et suffisant de la belladone, il faut employer son extrait. On en dissout une certaine quantité dans de l'eau de manière à en charger fortement ce liquide, puis on en instille quelques gouttes entre les paupières et sur le globe oculaire lui-même. On emploie ainsi la belladone sur l'œil, quand cet organe n'est pas enflammé; dans le cas contraire, on fait usage de pommades à la belladone sur les tempes, les paupières, le front, ou bien on donne ce médicament à l'intérieur.

Quand on a ainsi fait usage de la belladone, on sait s'il y a ou non des adhérences de la capsule du cristallin avec l'iris, si elles sont fortes, faibles, étendues, multipliées. On n'a pas de moyens de savoir s'il existe des adhérences du cristallin en arrière, ce qui du reste est fort peu important. Quelques adhérences de l'iris avec la capsule du cristallin peuvent ne pas être reconnues, lorsqu'à la suite d'une inflammation forte, l'iris a été assez altérée pour demeurer immobile et ne plus se contracter. Dans ce cas c'est à l'opération à lever tous les doutes relatifs à l'amaurose.

Il y a bien encore quelques autres complications de la cataracte, telles que les phlegmasies chroniques des diverses membranes de l'œil, des conjonctivites, des kératites et leurs conséquences, comme les ulcérations, les taches, etc. Mais nous rentrons ici dans la catégorie des contr'indications, dont nous parlerons plus tard. J'ai dû me borner à vous parler aujourd'hui des trois principales complications, de l'*amaurose*, des *adhérences* et du *tremulus iridis*. Nous allons passer maintenant à la thérapeutique de la cataracte.

Thérapeutique des cataractes. Elle est presque entièrement chirurgicale. Cependant il y a eu quelques chirurgiens et quelques médecins qui ont pensé qu'on pouvait guérir la cataracte sans opération. En effet, sans vouloir trop accorder d'importance au traitement médical, il faut avouer qu'il y a quelques cataractes qui guérissent sans opération, et sous l'influence plus ou moins bien déterminée d'un traitement qui exclut l'opération.

Traitement sans opération. Si on comprend difficilement qu'un cristallin devenu opaque puisse recouvrer toute sa transparence, on peut admettre sans peine qu'une fausse membrane donnant lieu à la formation d'une fausse cataracte puisse être résorbée et disparaître complètement, ainsi qu'il arrive dans d'autres parties du corps, dans la plèvre, par exemple. On conçoit aussi qu'une opacité du cristallin ou de sa capsule, mais surtout de cette dernière membrane produite par une inflammation de cette capsule, puisse disparaître avec cette inflammation, ainsi qu'il arrive à la cornée transparente devenue trouble quand elle est atteinte de kératite diffuse, et qui reprend complètement sa transparence, de manière à ne conserver aucune trace de son opacité. J'ai vu une cataracte membraneuse traumatique disparaître complètement seule et sans qu'on ait fait au malade aucune espèce de traitement. Une autre fois je l'ai vue également disparaître, mais, pendant qu'on soumettait le malade à un traitement antiphlogistique et révulsif énergique; j'ignore si ce traitement a eu une grande influence sur la disparition de cette dernière. Un médecin italien, M. *Luzzato*, dit même qu'une cataracte qui paraissait lenticulaire, et qui était survenue après un accident, guérit pendant la durée d'une violente inflammation qui s'empara de l'œil.

Il y a des cataractes lenticulaires qui guérissent spontanément. Je vous ai parlé d'un jeune chimiste qui fut atteint d'une cataracte traumatique, par suite d'une blessure

faite au cristallin par un éclat de verre provenant d'un flacon brisé dans une expérience de chimie. Ce jeune homme, combattant avec ardeur dans les journées de juillet 1830, fut bien surpris d'être subitement délivré de sa cataracte, et de voir tout aussi bien ou à peu près de son œil cataracté que de l'autre. Le cristallin opaque s'était déplacé à travers une déchirure de sa capsule. J'ai vu un autre jeune homme atteint d'une cataracte à la suite d'une contusion faite à l'œil par une branche d'arbre, et chez lequel le cristallin dont la capsule s'était rompue spontanément, était passé dans la chambre antérieure, et qui y disparut par l'absorption. On trouve dans les auteurs d'autres faits de ce genre; M. *Caron du Villars* en a rapporté quelques uns; *Boyer* en a cité un fort curieux; *Ansiaux de Liége*, M. *Bobilier*, citent aussi d'autres observations pareilles.

Ces guérisons spontanées s'expliquent facilement, comme je vous l'ai dit, par la rupture du feuillet antérieur de la capsule cristalline. Le cristallin qui ne tient à rien ou presque à rien s'échappe alors de son sac, et passe dans la chambre antérieure où il se dissout. Ne croyez pas cependant que la présence de ce cristallin dans la chambre antérieure soit toujours innocente; quelquefois elle y fait naître une vive inflammation. C'est même ce qui avait fait admettre à quelques chirurgiens de poser le principe qu'il fallait toujours l'extraire quand il était passé dans cette chambre antérieure. Ajoutez encore que, souvent, dans le cas de rupture spontanée de la capsule du cristallin, il y a dilution du corps vitré, et par conséquent une maladie qui diminue les chances de la guérison. L'année dernière nous avons reçu à l'hôpital un homme qui avait été opéré de la cataracte sur un œil. Il n'avait retiré aucun fruit de cette opération. L'autre œil était également cataracté; le cristallin était passé spontanément dans la chambre antérieure, la vision ne se rétablit pas davantage. Il y a deux

ou trois ans je reçus également dans cet hôpital un jeune homme dont les yeux étaient très volumineux, les cornées énormes et la pupille fort dilatée; le cristallin d'un des yeux était passé dans la chambre antérieure, et il jouissait d'une telle mobilité que dans certaines attitudes du malade, il pouvait facilement repasser à travers la pupille dans la chambre postérieure. L'autre cristallin était extrêmement mobile, et probablement il arrivera un jour où ce cristallin passera à son tour comme l'autre dans la chambre antérieure. Du reste cet individu n'y voyait pas, parce qu'il existait une autre maladie dans le fond de l'œil. Je vous cite ces cas pour vous faire remarquer que ce déplacement spontané du cristallin est souvent lié à une maladie profonde de l'œil.

Certains chirurgiens ont imaginé diverses méthodes de traitement pour faire disparaître l'opacité du cristallin. Autrefois, et bien avant qu'on eût connaissance du véritable siége et de la nature de la maladie, on employait une foule de remèdes internes plus ou moins insignifiants, par exemple des plantes, dont on peut encore voir la longue liste dans les Œuvres de *Galien*. Ces médicaments sont tout à fait inutiles. Comme on attribua plus tard l'opacité du cristallin à un travail chimique particulier, on imagina de lui opposer un autre travail chimique pour le neutraliser : c'est ainsi qu'après avoir fait des expériences sur des animaux, et constaté que l'alcool, l'acide nitrique, le sublimé, et quelques autres substances, rendaient le cristallin opaque, on voulut, à l'aide d'autres substances jouissant de propriétés opposées, rendre au cristallin sa transparence; on a échoué. Il n'est plus question à présent de ces remèdes; mais on s'est rejeté sur des moyens à opposer à l'irritation, que l'on regardait comme la cause déterminante de l'opacité. Quelques chirurgiens ont rapporté des observations de guérison de fausses cataractes par les moyens antiphlogistiques; mais c'est surtout au

traitement révulsif que l'on s'est attaché, et ce traitement constitue même une doctrine qui est devenue presque vulgaire. On a employé les révulsifs sur le crâne et sur le cou ; on a rapporté des exemples d'amélioration par ces moyens; enfin, c'est *M. Gondret* qui a été conduit, par ses observations, à établir en principe qu'on pouvait guérir un certain nombre de cataractes par la méthode révulsive : c'est la pommade ammoniacale qu'il emploie; avec elle il détermine une vésication sur le front, le sinciput, les tempes, derrière les oreilles, et même sur les paupières; on suspend de temps en temps ce traitement, puis on le reprend jusqu'à ce que l'on ait obtenu une amélioration dans l'état de la cataracte. *M. Gondret* prétend avoir obtenu beaucoup de succès par cette méthode. Je l'ai essayée souvent, et je dois convenir qu'une fois j'ai obtenu un succès qui prouve un peu en sa faveur. C'était à l'hôpital Saint-Antoine : il s'agissait d'un forgeron atteint d'une cataracte lenticulaire. Je mis en usage la méthode de *M. Gondret* ; le fait est que la cataracte rétrograda, et qu'après une année de traitement l'opacité du cristallin était considérablement diminuée; mais chez tous les autres malades sur lesquels j'ai eu recours à cette méthode je n'ai éprouvé aucune espèce de succès. Au surplus, d'après *M. Gondret* lui-même, cette méthode ne réussit guère que dans les premiers temps de la formation de la cataracte.

M. Larrey dit aussi être parvenu à arrêter le développement de cataractes par l'emploi de moxas, de ventouses sèches, scarifiées, etc., etc. C'est, en définitive, toujours par révulsion que ces guérisons ont pu s'opérer, et je crois ne pas trop m'avancer en affirmant qu'elles ne font que constituer une exception, et que les cataractes anciennes, capsulaires ou cristallines, ne peuvent pas être guéries par cette méthode.

Traitement chirurgical. Il comprend plusieurs sortes

d'opérations que l'on peut réunir en deux groupes ou méthodes principales.

On opère sur le corps opaque soit avec une aiguille, soit avec un couteau, en traversant la cornée transparente ou la sclérotique. Chacune de ces méthodes comprend un très grand nombre de procédés, aussi a-t-on senti promptement le besoin de mots pour pouvoir les désigner et les définir. C'est ainsi qu'on a désigné les opérations sous le nom de *scléroticonyxis* et de *kératonyxis*, quand on traverse avec une aiguille la cornée ou la sclérotique pour arriver jusqu'au corps opaque, et sous celui de *scléroticotomie* et de *kératotomie*, les méthodes qui consistent à traverser avec un couteau l'une ou l'autre de ces membranes.

Ces deux méthodes exigent du reste quelque chose de commun : ce sont les précautions préalables, c'est à dire l'examen de l'état dans lequel se trouve l'individu qu'on doit opérer, puis la connaissance de tout ce qui est relatif à la cataracte, les conditions bonnes ou mauvaises de ces cataractes. En effet, il y a des cataractes qu'on ne peut absolument pas guérir par l'opération, d'autres qui présentent quelques chances de guérison, d'autres enfin qui en présentent beaucoup.

Il faut avoir égard aux âges. Ainsi l'enfance présente sans doute beaucoup d'obstacles pour la réussite de l'opération de la cataracte, l'indocilité des individus en est le principal; ajoutez à cela la mobilité extrême de l'œil et le peu d'influence qu'on peut avoir sur le moral de ces individus; aussi avait-on autrefois érigé presque en principe de ne point opérer les enfants, et d'attendre pour cela qu'ils soient parvenus à l'âge de raison. Mais il y a de grands inconvénients à attendre : l'enfant, privé d'un organe important, source de tant de moyens intellectuels, ne reçoit jusqu'à l'époque à laquelle on l'opère, qu'une éducation incomplète; en outre, l'organe lui-même souffrant dans ses fonctions, ne sera pas anatomiquement

disposé plus tard pour celles qu'on lui imposera en quelque sorte subitement. En effet, l'œil d'un adulte sain et qui a bien exercé ses fonctions doit nécessairement être organisé autrement que celui d'un jeune homme ou d'un adulte cataracté depuis la naissance. Ajoutons à cela l'excessive mobilité de l'œil, qui ne fait qu'augmenter avec l'âge, et vous trouverez déjà assez de raisons pour comprendre que l'opération pratiquée de très bonne heure présentera plus de chances de réussite que faite plus tard. D'ailleurs, les inflammations profondes de l'œil sont moins durables et moins graves chez les enfants que chez les adultes, la cataracte est ordinairement molle, fluide et se dissout mieux, les membranes de l'œil sont plus minces et plus faciles à traverser, et comme c'est de l'aiguille que l'on fait le plus ordinairement usage à cet âge, toutes les chances de succès se trouvent plus en faveur de l'opération quand on la pratique dans les premières années, c'est à dire depuis deux jusqu'à quatre ou six ans (1).

(1) A l'occasion de l'opération de la cataracte congénitale, il est intéressant de connaître le résultat des observations de *Dupuytren*, qui en a opéré un assez grand nombre dans sa vie. Je n'ai jamais vu, disait ce célèbre chirurgien (*Leçons orales*, t. III. p. 290), les prodiges dont plusieurs ont parlé, ni entendu les personnes auxquelles j'avais rendu la vue faire, sur la distance, sur la forme et la couleur des objets, les raisonnements merveilleux dont le récit est devenu le sujet de tant de commentaires de la part des métaphysiciens et des idéologues. J'ai remarqué presque toujours, au contraire, que les aveugles pour cause de cataracte, soit que celle-ci fût native, soit qu'elle existât depuis de longues années, habitués à ne vivre qu'avec quatre sens, étaient généralement embarrassés de celui dont on leur avait rendu l'usage : ils avaient de la peine à en combiner l'action avec celle des autres; ils montraient souvent une telle paresse à s'en servir, que j'ai été plusieurs fois obligé de les priver d'un et même de plusieurs sens pour les forcer à exercer les organes de la vue. C'est ainsi que j'ai été conduit à boucher les oreilles d'un enfant qui se guidait sur le son, ou sur les impressions qu'il recevait par les mains, en portant constamment celles-ci en avant de son corps comme des tentacules.

On lira avec un grand intérêt, dans les Leçons orales de *Dupuytren*, t. III, plusieurs observations d'opérations de cataracte congénitale suivies de détails fort curieux sur l'éducation du sens de la vue chez les aveugles nés, et les expériences faites à ce sujet.

Chez les vieillards, on peut quelquefois hésiter devant une opération de cataracte. En effet, à quatre-vingt et quelques années, on peut admettre facilement qu'une cataracte est une mort locale en quelque sorte, et que l'opération ne procurera pas un grand bénéfice à celui qui la subit ; la vie ne peut guère être de longue durée après l'opération. La cataracte est ordinairement dure à cet âge, et si on opère par l'aiguille, c'est à dire si on se borne à déplacer le cristallin, il y a peu de chances pour qu'il soit résorbé; il deviendra dans l'intérieur de l'œil une cause incessante d'irritation et d'inflammation qui pourra amener la désorganisation de l'organe. Si on opère avec le couteau, on court risque de voir la cornée tomber en suppuration, ainsi qu'il arrive si facilement chez les vieillards. Cela n'est sans doute pas encourageant, cependant il ne faut pas s'exagérer tous ces inconvénients dans un âge avancé. Vous me voyez opérer ici devant vous beaucoup de vieillards, et souvent l'opération réussit très bien. J'ai vu un assez grand nombre de guérisons chez des personnes très avancées en âge. Vous pouvez même vous rappeler cette négresse âgée de quatre-vingt-cinq ans, femme encore très forte, bien portante et d'une gaîté pour ainsi dire inaltérable, que j'ai opérée l'an dernier, et qui a très bien recouvré la vue. J'ai opéré à la Pitié, il y a cinq ou six ans, un vieillard de quatre-vingt-trois ans, qui a également très bien guéri.

Quant à l'âge moyen, c'est sans contredit le plus avantageux pour le succès de l'opération.

Quand la cataracte est simple, si elle a son siége dans le cristallin, ou n'a point contracté d'adhérences avec les parties voisines, si l'iris se contracte et se relâche facilement, si le malade distingue bien la lumière des ténèbres, s'il n'y a aucune inflammation du globe oculaire, ou dans l'orbite, point de douleurs de tête, que l'état général soit bon, que les yeux ne soient ni trop saillants ni trop en-

foncés, etc., on peut affirmer que les chances de succès sont aussi nombreuses que possible; mais si le sujet est très âgé, épuisé par d'anciennes maladies, s'il y a des taches sur la cornée, immobilité de la pupille, ou des mouvements très faibles dans cette ouverture, s'il y a des conjonctivites, des blépharites, ou des kératites chroniques, une maladie un peu grave de l'orbite, des douleurs dans cette région ou dans la tête, on doit peu compter sur le succès.

Du reste, quand aucun symptôme particulier ne peut rendre l'opération grave par ses suites, dans les cas embarrassants ou douteux, et quand le sujet est tout à fait aveugle, on peut tenter l'opération, le malade ne peut rien perdre, et il faut profiter des moindres chances qui lui restent de recouvrer la vue; mais on ne doit pas se décider à cette opération quand il y a certitude d'une altération profonde de l'œil, que l'opération pourrait rendre plus grave encore.

Les cataractes fausses, qui sont presque toujours compliquées de maladies de l'iris ou de quelque autre membrane de l'œil sont moins faciles à guérir que les cataractes vraies. La cataracte cristalline est plus aisée à détruire que la capsulaire et que la morgagnienne ou interstitielle.

Quand la cataracte n'occupe qu'un seul œil, beaucoup de praticiens conseillent de ne pas pratiquer d'opération, l'autre œil suffisant pour les besoins de la vie. Suivant eux, l'opération peut amener une violente inflammation, se propager à l'œil qui est intact, en amener la fonte purulente et par conséquent une cécité complète. On ajoute encore, pour détourner de l'opération, que si elle réussit, le foyer des rayons lumineux n'étant plus le même des deux côtés, il en résultera une discordance nécessairement suivie de confusion dans la vue. On peut répondre à tout cela, d'abord, que la propagation de l'inflammation à l'œil

non cataracté n'est pas inévitable, qu'on voit toujours mieux avec deux yeux qu'avec un seul, que la présence d'une cataracte sur un œil en annonce presque toujours une autre pour plus tard. Ensuite il est prouvé, par les observations d'auteurs recommandables, *Maître-Jean*, *Saint-Yves*, *Wenzel*, *M. Lazardi*, etc., etc., que cette confusion dans la vision après l'abaissement ou l'extraction du cristallin d'un seul côté, n'a pas lieu. Je ne l'ai pas observée, non plus que M. *Roux*, qui a souvent pratiqué l'opération sur un seul œil cataracté. On peut donc pratiquer sans crainte cette opération, si le sujet se trouve dans toutes les conditions convenables (1).

Quand la cataracte siége sur les deux yeux, beaucoup de chirurgiens, *Scarpa* et *Dupuytren* entre autres, ont conseillé de pratiquer l'opération d'abord d'un seul côté, et de ne revenir à l'autre qu'après la guérison du premier. Si on a obtenu un succès sur ce premier œil, on peut, ajoutent-ils, s'en contenter tant que l'œil ne s'affaiblit pas trop. Si on échoue, on a encore le second œil pour ressource. Ces auteurs prétendent que le sujet supporte avec plus de courage et moins d'effroi la seconde opération que la première; que lorsqu'on opère les deux yeux à la fois, l'inflammation de l'un peut se propager à l'autre, que la réaction est plus vive, les accidents généraux et locaux plus redoutables. *Boyer* partage l'opinion de *Dupuytren*, qui pense que dans le cas d'ophthalmie double, suite d'opération de la cataracte, il arrive souvent que cette inflammation se concentre souvent sur un œil, et s'y termine par la fonte purulente de cet organe. Je regarde ces arguments comme très contestables, et comme l'opération la plus simple et la plus heureuse rétablit rarement la vue d'une manière bien complète, comme les malades aiment beau-

(1) Nous avons vu *Dupuytren* à l'Hôtel-Dieu pratiquer, chez une jeune femme, l'opération de la cataracte sur un seul œil, et cela uniquement dans le but de détruire la difformité qu'elle causait.

coup mieux supporter de suite, qu'à un certain intervalle, les deux opérations, et comme l'opération détermine quelquefois l'inflammation de l'œil sain aussi bien que celle de l'œil malade, enfin, comme l'opération double offre de nombreuses chances favorables pour l'un des deux yeux au moins, si ce n'est pour tous les deux, je préfère pratiquer l'opération sur les deux yeux l'un après l'autre, le même jour; c'est ce que vous me voyez constamment ou presque constamment faire dans cet hôpital.

On n'a pas recours maintenant aux préparations multipliées et minutieuses qu'employaient les anciens. On se borne aujourd'hui à un régime plus ou moins sévère pendant quelques jours, à la saignée, à quelques laxatifs ou quelques légers purgatifs, ou des antispasmodiques, suivant que le sujet offre des signes de pléthore, d'embarras intestinal, ou une trop grande irritabilité nerveuse. Quelques chirurgiens placent un vésicatoire à la nuque, huit, dix, quinze ou vingt jours auparavant, d'autres le placent seulement la veille. Quelques uns le mettent au bras. Je ne vois pas l'indispensable utilité de ce révulsif; je m'en dispense généralement, et je n'y ai recours qu'après l'opération et quand des cas spéciaux, comme une inflammation chronique, opiniâtre, en réclament l'emploi : je ne me suis pas aperçu qu'il y eût d'inconvénients à agir de cette manière. La veille de l'opération, le malade soumis à une diète assez sévère prendra un lavement pour aller à la garderobe. Une ou deux heures avant l'opération, on instillera entre les paupières une solution d'extrait de belladone dans l'eau, afin de dilater la pupille largement, et que l'opérateur puisse faire manœuvrer plus facilement ses instruments. Si les sujets sont irritables, craintifs et l'œil très mobile, il est avantageux, pour accoutumer cet organe au contact des corps étrangers, de le toucher pendant quelques jours avant l'opération, avec l'extrémité d'instruments mousses quelconques, ou même avec le doigt.

Autrefois on choisissait surtout l'automne et le printemps pour opérer la cataracte, et on la pratiquait rarement en été ou en hiver. Sans doute le printemps et l'automne présentent quelques avantages à cause de la température plus douce et plus égale qu'aux autres périodes de l'année, cependant on peut, sans inconvénient, opérer la cataracte dans toutes les saisons de l'année. On doit toutefois s'abstenir de le faire, quand il règne des épidémies un peu sérieuses, des ophthalmies, des érysipèles, des fièvres graves, etc., etc.

L'opération de la cataracte consiste tantôt à déplacer le cristallin, et à le mettre dans des conditions telles qu'il puisse disparaître par absorption, tantôt à extraire de l'œil ce corps opaque. Cela constitue deux méthodes générales connues sous le nom *d'abaissement* et *d'extraction.*

La méthode par *abaissement* comprend en outre la méthode dite par réclinaison ou par renversement, la méthode par broiement.

La méthode par abaissement prend le nom de *scléroticonyxis,* quand pour déprimer le cristallin, on traverse la sclérotique avec une aiguille. Elle prend celui de *kératonyxis,* quand on pénètre dans l'intérieur du globe oculaire par un point de la cornée transparente.

Scléroticonyxis. L'appareil pour pratiquer la dépression se compose d'une ou de plusieurs aiguilles dites à cataracte, d'un bonnet ou serre-tête qui puisse embrasser exactement le crâne, d'une compresse longuette pour cacher l'œil sain, pendant qu'on opère sur l'œil cataracté, de petites compresses fines, criblées de trous qu'on met au devant des paupières après l'opération, afin d'empêcher la charpie de toucher les paupières. Un bandeau de toile plié en double, assez long pour faire le tour de la tête, large de quatre ou cinq travers de doigt, et offrant au milieu et près de son bord libre une division en T renversé, pour y loger le nez. Enfin on a un autre bandeau de taffe-

tas noir, de l'eau tiède, des éponges très fines et des épingles.

Les aiguilles dont on se sert pour abaisser le cristallin sont en grand nombre. Chaque oculiste, chaque chirurgien a pour ainsi dire la sienne. La plus ancienne indiquée par *Celse* à la forme d'une lance droite et est longue de deux pouces. On fit plus tard des aiguilles rondes. On est revenu de nos jours aux aiguilles triangulaires. Une des plus répandues maintenant, c'est celle de *Scarpa*. Elle est fine, longue de dix-huit lignes seulement, terminée par une pointe un peu élargie, courbée en arc, plane sur sa convexité, présentant une arête sur sa concavité et montée comme toutes les aiguilles à cataracte, sur un manche à pans, portant une marque de couleur, différente sur son dos. *Dupuytren* a supprimé l'arête de la concavité de l'aiguille, elle est très plane de ce côté afin d'embrasser plus exactement le cristallin et d'être moins exposé à le diviser, quand on cherche à l'entraîner au fond de l'œil. Cette aiguille est aussi moins large que celle de *Scarpa*, et sa tige légèrement conique remplit complètement le chemin qui a été tracé par la pointe afin que les humeurs de l'œil ne puissent s'écouler pendant l'opération.

M. Bretonneau se sert d'une aiguille d'acier aussi large que celle de *Scarpa*, mais elle est plus courte. Sa tige est plus fine, plus ronde et passe librement à travers l'ouverture faite par sa pointe à la sclérotique. Cet avantage sur l'aiguille de *Dupuytren* est compensé, on doit le dire, en ce qu'elle expose pendant l'opération à l'écoulement d'une certaine quantité des humeurs de l'œil. En Allemagne l'aiguille de *Beer* est généralement adoptée, elle est comme celle de M. *Bretonneau* et n'endiffère qu'en ce que sa tige est conique et plus épaisse. MM. *Græfe*, *Langenbeck*, *Himly*, *Schmidt*, *M. Spitzac*, *Middelmore*, *Guerbois*, *Bergeron*, *etc.*, ont modifié chacun à leur manière l'aiguille à cataracte; *Hey* et *Hilmer* ont proposé des aiguilles dont la forme se

rapproche de celle d'un ciseau, ou d'une demi-lune. Mais c'est, en définitive, les aiguilles de *Scarpa*, de *Dupuytren* et de M. *Bretonneau* qu'on adopte le plus généralement. J'emploie une aiguille semblable à peu près à celle de *Dupuytren*, excepté qu'elle est un peu plus recourbée, un peu plus aplatie et un peu plus large.

Position du malade et du chirurgien. Autrefois en faisait asseoir les malades à cheval sur un banc, ou sur un tabouret, quelquefois même on les faisait tenir debout. Maintenant on les place généralement assis sur une chaise solide et d'une hauteur moyenne.

Certains praticiens, *Dupuytren* et quelques autres, préfèrent pratiquer l'opération, le malade étant couché dans son lit (1). Toutes ces positions diverses peuvent être adoptées, suivant le goût et les habitudes des praticiens. J'opère ordinairement les malades assis, je crois que c'est la meil-

(1) *Dupuytren* adoptait, dans la grande majorité des cas, la position horizontale ou couchée pour le malade; il le laissait donc dans son lit, la tête élevée et soutenue par des oreillers. Cette position, moins favorable pour la pratique de l'extraction, offrait au contraire, suivant lui, un grand avantage pour l'abaissement, en maintenant l'œil et le malade dans un état parfait d'immobilité. Une autre raison le déterminait encore à adopter la position couchée pour le malade : c'est la syncope qui survient quelquefois pendant qu'on opère les malades assis sur une chaise. En 1830, *Dupuytren* fut appelé par *M. Husson* pour visiter un malade qui avait été opéré de la cataracte il y avait déjà longtemps, et dont l'un des yeux était malade. L'opération avait été faite par extraction sur un seul œil. Le malade avait été placé sur une chaise, et à peine le chirurgien avait-il achevé la section de la cornée transparente, qu'il survint une syncope tellement forte que l'opération ne put être achevée. Le cristallin resta en place : la guérison de la plaie se fit, et quelques mois après le malade fut opéré par le même chirurgien, et suivant le même procédé. On l'avait placé comme la première fois sur une chaise; une syncope eut encore lieu, et ce ne fut qu'après beaucoup de temps et de difficultés qu'on parvint à terminer l'opération.

Cette observation, publiée il y a quelques années dans le *Journal hebdomadaire* par *M. Paillard*, se trouve actuellement, avec de nombreux détails, dans la seconde édition des *Leçons orales de clinique chirurgicale de Dupuytren;* par MM. *Brierre de Boismont* et *Marx*, tome III, page 300.

leure position. Le chirurgien se place en face du malade, soit sur le même banc ou à cheval comme lui, ou bien debout ou assis sur une chaise un peu élevée, le pied posé sur un tabouret ou un escabeau, afin d'appuyer sur son genou le coude du côté qui opère. Cette dernière position est celle que *Scarpa* recommande : dans cette position, on a sans doute plus de fixité dans les mouvements ; mais on est plus libre et plus à son aise quand on est debout. Un aide est placé derrière le malade il en embrasse la tête et la fixe d'une main sur sa poitrine, tandis que de l'autre, il relève la paupière supérieure. Le doigt d'un aide intelligent et adroit vaut mieux que tous les nombreux instruments qui ont été imaginés pour cela. Avec l'indicateur on peut relever la paupière par son bord libre et le tenir fixé contre l'arcade sus orbitaire, sans toucher l'œil; c'est le précepte de *Scarpa*. *Boyer* conseille d'enfoncer le doigt jusque à la face postérieure du bord sourcilier en recourbant en crochet sa dernière phalange : si de cette manière la paupière se trouve plus solidement fixée, l'angle formé par les articulations phalangiennes est gênant pour l'opérateur. On pourrait encore suivre le précepte de *Forlenze* qui faisait attirer par l'aide vers le sourcil, comme pour la plisser et en former un bourrelet, toute la peau de la paupière. La pulpe du doigt indicateur fixe ainsi très bien la peau, et le bord libre de la paupière et son cartilage tarse se trouvent suffisamment relevés. Pour ne pas laisser glisser la peau ainsi fixée sous l'indicateur, l'aide doit placer entre elle et son doigt un petit morceau de linge sec. Quand le malade est au lit, l'aide se place au chevet pour relever la paupière, l'opérateur se met à droite du lit pour opérer l'œil gauche et à gauche pour opérer l'œil droit. Il se sert de la main droite pour opérer l'œil gauche, et de la main gauche pour opérer l'œil droit. On ne peut se servir de la main droite pour opérer sur l'un et l'autre œil que lorsqu'on n'est pas ambidextre. Pendant qu'il opère un œil, on couvre l'autre

avec un bandeau de toile sèche. Le bonnet du malade a été préalablement placé et fixé avec la bande. Le chirurgien avec son indicateur correspondant à l'œil qu'il va opérer abaisse la paupière inférieure et fixe l'œil; avec l'autre main, il prend une aiguille qu'il tient comme une plume à écrire entre le pouce, l'indicateur et le médius. Les deux derniers doigts prennent un point d'appui entre la parotide et la pommette. Alors commence *le premier temps de l'opération.* L'aiguille est portée perdendiculairement sur la sclérotique à une ligne, une ligne et demie, ou deux lignes de la cornée transparente, un peu au dessous de son diamètre transversal; la concavité est tournée en bas, son tranchant vers la cornée; il traverse ainsi la tunique fibreuse. Le manche d'abord incliné en bas est relevé peu à peu à mesure que l'aiguille entre dans la chambre postérieure de l'œil, tel est le premier temps de l'opération. Le *second temps* consiste à enfoncer davantage l'aiguille, puis à faire tourner l'instrument sur son axe de telle sorte que sa concavité regarde en arrière, et passe au dessous du cristallin puis au devant de lui en pénétrant de dehors en dedans, et d'arrière en avant, sans toucher à l'iris ni à la capsule cristalline; on pousse ensuite l'instrument jusqu'à la pupille, et on le fait même proéminer à travers cette ouverture pour être sur qu'on n'est point entre la capsule et le cristallin; là, on promène à diverses reprises la pointe de l'aiguille sur la capsule cristalline que l'on déchire dans la plus grande étendue et dans divers points. La déchirure de la capsule du cristallin est plus délicate et plus importante qu'on ne le pense généralement. On commence cette déchirure par la circonférence ; si on la perçait au centre, il serait difficile d'en détacher les lambeaux et d'éviter une cataracte secondaire. Il serait plus avantageux et il serait plus sûr de déprimer à la fois le cristallin et la capsule sans la rompre. Mais est il bien facile d'abaiser une membrane aussi mince au fond de

l'œil, et de rompre ses adhérences sans la diviser? Alors commence *le troisième temps*. Ici la concavité de l'aiguille est appliquée au plein sur le devant de la cataracte, et par un mouvement de bascule en bas, en dehors et en arrière; le chirurgien l'entraîne dans le fond de l'œil, au dessous de la pupille et à la partie inférieure du corps vitré où il la tient pendant l'espace d'une minute environ, afin qu'elle ne puisse pas s'en dégager. Une fois l'abaissement commencé, l'aiguille représente un levier du premier genre qui trouve son point d'appui dans l'ouverture de la sclérotique, et qui pour porter la résistance au dehors, en arrière et en bas, doit avoir la convexité de sa pointe légèrement inclinée en haut, pendant qu'on lui fait éprouver le mouvement de bascule indiqué. En ne retirant l'aiguille qu'au bout d'une minute à peu près, on donne le temps aux cellules déprimées du corps vitré, de reprendre leur situation naturelle, et d'emprisonner en quelque sorte, la cataracte qui pourrait remonter et reprendre sa place, si on cessait immédiatement de la tenir immobile dans l'endroit ou on l'a placée. Le *quatrième temps* de l'opération consiste à retirer sans secousse l'instrument en lui faisant exécuter de petits mouvements de rotation. On le ramène à la position horizontale du deuxième temps, on en tourne de nouveau la convexité en avant, et on le retire de l'œil en lui faisant suivre exactement et dans les mêmes positions le chemin qu'il a parcouru en pénétrant.

Les petits mouvements de rotation qu'on fait exécuter à l'aiguille, avant de la dégager de l'œil, ont pour but évident d'ébranler le moins possible le cristallin et de le laisser plus sûrement dans sa nouvelle place.

Si, malgré toutes les précautions que nous venons d'indiquer, on voyait la cataracte remonter, dès qu'on cesse de la déprimer, il faudrait la saisir de nouveau, la déprimer plus profondément et continuer ainsi jusqu'à ce qu'elle ne se relevât plus.

Pour pratiquer l'abaissement, on a proposé de porter l'aiguille au dessus du diamètre transversal de la sclérotique ; mais il serait très difficile, pour ne pas dire impossible, d'abaisser complètement le cristallin et de ne pas le laisser plus ou moins près du centre de l'œil. En perçant l'œil justement sur l'extrémité externe du diamètre de cet organe, on blesserait l'artère ciliaire longue et on amènerait un épanchement sanguin dans l'œil. En enfonçant l'aiguille au dessous du diamètre transversal de l'œil, on évite ces divers accidents. En traversant la sclérotique si, au lieu de tourner la convexité de l'aiguille en bas, ainsi que je vous l'ai recommandé dans le premier temps de l'opération, on tourne la convexité en avant, suivant le conseil de *Scarpa,* on divise au lieu d'écarter les fibres de la sclérotique, ainsi que les nerfs et vaisseaux ciliaires. Si au contraire on tourne la concavité de l'aiguille en bas, on pénètre plutôt en écartant qu'en divisant les fibres de la coque oculaire et on produit moins d'accidents. Il est important de ne pas enfoncer l'aiguille trop près de la cornée, car on pourrait blesser le cercle ciliaire. Ceux qui ont donné le précepte de l'enfoncer à l'union même de la sclérotique avec la cornée, ou au plus à une demi-ligne, ou une ligne de cette union, redoutent la lésion soit de la rétine, soit de l'expansion fibreuse du muscle droit. Mais le danger de la lésion de cette dernière est tout à fait imaginaire. Quant à la lésion de la rétine, elle est inévitable quand on pénètre dans l'intérieur de l'œil par la sclérotique, et quel que soit le point par lequel on pénètre. Il y a donc moins d'inconvénients à s'éloigner de la cornée, tandis qu'il y en a beaucoup à trop s'en rapprocher, attendu qu'on blesserait le cercle ciliaire. La distance d'une ligne et demie ou deux lignes que je vous ai fixée pour le premier temps de l'opération, est celle qui présente le plus d'avantages. Dans le second temps de l'opération, on tourne la convexité de l'aiguille en avant, pour éviter la piqûre ou

la déchirure de l'iris. C'est un précepte qu'il faut bien observer, car il peut résulter des accidents inflammatoires et nerveux graves par suite de cette piqûre.

Pour déprimer plus facilement le cristallin, il faut non seulement le saisir avec la pointe de l'aiguille, mais embrasser exactement et à plat la face antérieure et moyenne de ce corps avec la concavité de l'instrument. Si on se bornait à embrasser ainsi son bord supérieur pour l'abaisser, on courrait le risque de le voir se renverser à la moindre pression.

Quand la cataracte est molle, l'instrument la brise en un plus ou moins grand nombre de fragments, et on ne parvient qu'avec beaucoup de peine à l'abaisser entièrement au dessous de la pupille. Cela est même souvent impossible. Dans ce cas, on tâche de pousser les divers fragments du cristallin et de la capsule en avant et dans la chambre antérieure, afin qu'ils y soient dissous dans l'humeur aqueuse et résorbés. Il est facile de pousser dans la chambre antérieure toutes les parties du cristallin qui sont libres, mais il n'en est pas de même des lambeaux de la capsule. Il est difficile de les saisir avec la pointe de l'aiguille, de les déchirer, de les rouler sur eux-mêmes et de leur faire franchir la pupille. Ces difficultés sont plus grandes encore, quand il y a des adhérences, entre l'iris et la capsule cristalline. Il faut dans ce cas en opérer le décollement, en ménageant l'iris le plus possible.

Il arrive quelquefois que, pendant l'opération, par suite de mouvements de la part du malade, ou de l'opérateur, ou par suite de causes dont on ne peut se rendre compte, le cristallin passe dans la chambre antérieure. Il peut y arriver spontanément et hors le temps de l'opération, sous l'influence de causes diverses, tels que coups, chutes, secousses, tout ce qui peut enfin ébranler la tête du sujet, et amener la rupture de la capsule cristalline. On avait pensé que ce passage du cristallin dans la cham-

bre antérieure nécessitait toujours son extraction. Il est possible de le retirer de la chambre antérieure pour le faire repasser dans la chambre postérieure. *Dupuytren*, dans des cas de ce genre, a pénétré dans la chambre antérieure à travers la pupille, piqué le cristallin avec la pointe de l'aiguille, il l'a ramené dans la chambre postérieure, et l'a abaissé dans son lieu ordinaire (1). M. *Luzardi* a fait de même. Ce passage du cristallin d'une chambre dans l'autre et son retour se font spontanément dans certains cas avec beaucoup de facilité. J'ai observé, au sujet du passage du cristallin dans la chambre antérieure, le fait suivant. M. *Monod* avait une malade chez laquelle le cristallin était passé dans la chambre antérieure. Elle sortit de l'hôpital *Cochin*. Deux mois après, je constatai que le cristallin occupait sa place ordinaire dans la chambre postérieure. La malade sortit de mon service au bout de six semaines, et y rentra trois mois plus tard. Le cris-

(1) Voici un abrégé de l'observation de ce genre qui est empruntée à la seconde édition des *Leçons orales de Dupuytren*, t. III, p. 317, et qui se trouve extraite de l'intéressant mémoire de M. *Marx*, intitulé : *Réflexions et observations sur le passage de la cataracte dans la chambre antérieure*. 1820.

Philippe Petit entra à l'Hôtel-Dieu le 2 novembre 1819, pour s'y faire traiter d'une cataracte à l'œil gauche, et qui était spontanément passée dans la chambre antérieure. A l'âge de dix-huit ans il fut, sans cause connue, atteint d'une cataracte à l'œil gauche. Depuis quatorze ans environ, il ne voyait plus de cet œil; il distinguait seulement la lumière de l'obscurité. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il ressentit en se baissant une vive douleur à l'œil, et éprouva la sensation d'un corps qui se déplacait. Douleur, rongeur de l'œil, larmoiement. Le malade entre à l'hôpital. La chambre antérieure contient un corps arrondi, blanc, nacré; c'est le cristalln devenu opaque. Après les préparations convenables, il est opéré de la manière suivante : *Dupuytren* traversa la sclérotique à deux lignes de la cornée transparente avec son aiguille, il la fit passer de la chambre postérieure dans l'antérieure à travers la pupille, piqua le cristallin avec la pointe de son instrument et le fit repasser dans la chambre postérieure, où il termina l'opération de la manière ordinaire. Immédiatement après, le malade distingua parfaitement bien les personnes et les objets qui l'entouraient. Aucun accident grave ne survint après l'opération, et au bout de six jours *Petit* sortit de l'hôpital, ayant la pupille très nette et voyant fort bien.

tallin se trouvait de nouveau dans la chambre antérieure. Mais alors des vaisseaux semblaient l'avoir pénétré ; il était réduit au tiers de son volume, et paraissait faire corps avec la cornée. *Pellier* rapporte qu'au moment où il incisait la cornée transparente pour retirer un cristallin passé dans la chambre postérieure, celui-ci repassa dans la chambre postérieure (1).

Le cristallin peut d'ailleurs demeurer dans la chambre antérieure et y être resorbé complètement, sans y avoir

(1) Quelques observations prouvent la faculté que possèdent certains individus de faire, pour ainsi dire, voyager à volonté leur cristallin cataracté d'une chambre à l'autre. Une des plus curieuses observations de ce genre est sans contredit celle qui est rapportée par *Demours* dans son *Traité des maladies des yeux*. J'ai vu, dit cet oculiste, le cristallin opaque passer par la pupille dans la chambre antérieure, et, de là, retourner à sa place. Le nommé *Gastel*, affecté de cataracte, fit passer, en ma présence et celle de M. le docteur *Tillard* et de M. *Busnel*, ancien chirurgien major, le 3 juillet 1817, son cristallin opaque dans la chambre antérieure et le fit repasser derrière l'iris. Cet homme, cordonnier de profession, âgé de trente-et-un ans, a cette cataracte depuis l'âge de six ans. Le cristallin opaque est descendu peu à peu derrière l'iris vers l'époque de la puberté; il était devenu invisible et plongeait dans le corps vitré désorganisé. A dix-neuf ans, pendant un service militaire très actif, ce corps passa devant l'iris. Les douleurs continuelles que le malade éprouvait lui firent obtenir son congé. Je me proposais d'en faire l'extraction ; mais le malade désirant éviter l'opération, je lui conseillai d'instiller dans l'œil quelques gouttes de solution aqueuse d'extrait de belladone, pour lui dilater la pupille et faciliter le retour de la lentille opaque derrière l'iris. Je l'engageai à favoriser ce passage en restant couché pendant vingt-quatre heures sur le dos, et même pendant cet intervalle en ayant de temps à autre la tête tellement placée que le sommet fût plus bas que le cou ; enfin à faire instiller quelques gouttes de vinaigre aussitôt que le cristallin ne serait plus visible, et cela dans l'intention d'exciter une phlegmasie artificielle capable de faire cesser la dilatation de la pupille, et même de rendre son diamètre plus petit qu'il n'était avant l'emploi de la belladone. Tout fut exécuté et suivi du succès que j'en attendais. Pendant huit ans et demi, *M. Gastel* ne fut pas incommodé par son singulier accident, qui a lieu de nouveau depuis deux ans jusqu'à trois ou quatre fois par mois. Il lui suffit de baisser vivement la tête par inadvertance pour que la lentille passe devant l'iris; alors il souffre, est incapable d'occupation, jusqu'à ce que, couché par terre, le menton haut et le sommet de la tête en bas, il la fasse rentrer en exerçant d'assez fortes frictions sur le globe de l'œil.

déterminé d'accidents graves. Il y a beaucoup d'observations de ce genre.

Quand il y a cataracte *laiteuse* ou *purulente*, il devient nécessaire de porter l'aiguille jusqu'au centre de la pupille, sans diviser la capsule. Car si on perce la capsule, le fluide opaque s'épanche de suite dans les chambres, en trouble la transparence, et il devient absolument impossible de voir et de faire manœuvrer son aiguille. Si cet accident était arrivé, quoiqu'on ne puisse rien distinguer, au milieu du trouble des humeurs, il faut simuler aussi exactement et avec autant de prudence que possible les manœuvres nécessaires pour diviser les lambeaux de la capsule.

Lorsque la cataracte est d'une dureté *pierreuse*, ou *plâtreuse*, ou *siliqueuse*, la capsule cristalline participe elle-même à cette dégénérescence. Elle est quelquefois très résistante, et comme parcheminée. Il faut l'abaisser en même temps que le cristallin, elle n'en peut être isolée et doit être abaissée du même coup.

Pendant longtemps on crut, ainsi que je vous l'ai dit, que la cataracte siégeait seulement dans le cristallin, et que la capsule ne participait point à son opacité. C'est dans cette idée que quelques auteurs, *Petit* entre autres, donnèrent le précepte de déprimer le cristallin, en ayant soin de ne pas intéresser le feuillet antérieur de la capsule. Il enfonçait l'aiguille dans la chambre postérieure, et inclinait un de ses tranchants en dehors et en arrière, le dirigeait à la partie externe, inférieure et postérieure de la capsule, et la divisait. Il accrochait ensuite le cristallin avec la pointe de l'aiguille et le plongeait dans l'épaisseur du cristallin. On vanta ce procédé comme rétablissant plus complètement la vision que le procédé ordinaire, en disant qu'en tombant sur une membrane convexe, comme l'est le feuillet antérieur de la capsule laissé intact, les rayons lumineux trouveraient une espèce de cristallin, et

ne s'apercevraient pas de la disparition de cette lentille, qu'alors la concordance du foyer de la vue serait conservée, et qu'il serait inutile, après l'opération, de faire usage de lunettes convexes. Dans ces derniers temps on a désigné, sous le nom de *hyalonyxis*, une méthode à peu près semblable à celle de *Petit*, et qui consiste à plonger l'aiguille à quatre lignes de la cornée, à traverser le corps vitré d'arrière en avant, et à saisir le cristallin sans toucher au feuillet antérieur de la capsule. C'est M. *Bowen* qui a imaginé ce procédé. M. *Goyrand* opère à peu près de même, en enfonçant directement d'arrière en avant l'aiguille à cataracte à travers le corps vitré, il fait exécuter à sa pointe un mouvement de cercle sur toute la circonférence du cristallin, et embroche alors celui ci, et l'entraîne dans le corps vitré, sans s'occuper de la capsule antérieure. Mais on objecta à ces raisons que très souvent la capsule antérieure est opaque, en même temps que le cristallin; que lorsquelle ne l'est pas, elle le devient souvent après l'opération, et produit une cataracte membraneuse secondaire, si elle n'a pas été détruite, et qu'il s'ensuit de là qu'il fallait la détruire, au lieu de la ménager. Enfin on prétendit, mais à tort, que le cristallin déposé dans le corps vitré, au lieu d'être simplement abaissé dans la chambre postérieure, devait y devenir la source d'accidents inflammatoires graves. En effet cette dernière objection est sans valeur, car il est impossible de ne pas déchirer le corps vitré dans l'opération par abaissement. Le cristallin déplacé est toujours entré dans ce corps et y demeure plongé. S'il était placé entre lui et les membranes de la coque oculaire et les humeurs de l'œil, on déchirerait la rétine.

M. *Bretonneau* a modifié le procédé de *Petit*, en ce qu'au lieu d'ouvrir la capsule par derrière, après avoir tracé la voie du cristallin dans le corps vitré avec l'aiguille, il déchire la capsule en avant et termine comme dans le pro-

cédé ordinaire. J'ai vu ce procédé réussir un grand nombre de fois à l'hôpital de Tours, et je l'ai mis de mon côté en usage avec succès. Voici comment je l'emploie maintenant. Je dirige mon aiguille comme pour passer derrière la cataracte. Lorsqu'elle est arrivée à quatre lignes environ de profondeur, avant d'en changer la position, je l'incline en bas, en arrière, en dehors, pour ouvrir les cellules antérieures du corps vitré. Cela fait, je tourne la convexité de l'aiguille vers l'iris, puis j'élève son manche et je fais passer sa pointe sous le bord inférieur du cristallin, pour la conduire ainsi dans la pupille. Je divise le feuillet antérieur. J'embrasse le cristallin opaque et le pousse par un mouvement de bascule régulier, dans le sens d'une ligne qui se porterait du grand angle de l'œil à l'apophyse mastoïde du même côté. On pourrait par ce procédé ne pas toucher si on le voulait au feuillet antérieur de la capsule cristalline.

Dans d'autres circonstances, j'ai porté par en haut et d'arrière en avant l'aiguille pour la ramener par dessus et au devant du cristallin et dans la pupille, j'ai alors détaché et entraîné facilement le cristallin en arrière et en bas.

Un autre procédé pour la dépression, qui semble appartenir à *B. Bell* ou à M. *Giorgi*, a été mis en usage par M *Gensoul* et par M. *Roux*. Il consiste dans une petite incision pratiquée à l'union de la sclérotique et de la cornée derrière l'iris. Une espèce de curette est introduite par cette incision ; elle est portée au devant du cristallin et sert à l'abaisser ou à le déprimer. Ce procédé présente beaucoup d'inconvénients : tels sont le risque de blesser le cercle ciliaire, la sortie possible des humeurs de l'œil, la difficulté de porter la cataracte en arrière ; le seul avantage de cette ouverture assez large faite à la sclérotique, serait de remédier plus aisément qu'une piqûre au trop plein de l'œil. Au surplus, ce procédé est abandonné ac-

tuellement. Les essais qu'on a faits ont été peu avantageux.

Renversement ou *réclinaison*. — Ce procédé consiste, après la division de la capsule du cristallin par l'aiguille, à l'appliquer plus près du bord supérieur que du bord inférieur, sur la face antérieure de la lentille, et en pressant sur elle, à lui faire exécuter un mouvement de bascule par le moyen duquel son bord supérieur se trouve placé en arrière et sa face antérieure en haut. On l'abandonne alors au dessous de la pupille dans la chambre postérieure. Ce procédé est plus simple sans doute, et le manuel opératoire plus facile que l'abaissement ou la dépression ordinaire, mais le corps opaque remonte très souvent, ou bien son voisinage de l'iris irrite cette membrane et le reste de l'œil, et peut en déterminer l'inflammation. Après avoir renversé le cristallin, comme il vient d'être dit, quelques oculistes, *Beer* et *Weller* entre autres, conseillent d'enfoncer la cataracte dans l'épaisseur ou au dessous du corps vitré. La réclinaison, dans ce cas, se trouve à peu près être la dépression ordinaire.

Broiement. *Pott* après avoir démontré que le cristallin en contact avec l'humeur aqueuse s'y dissout et finit par disparaître complètement, prétendit qu'on pouvait se dispenser de l'abaisser au dessous du centre pupillaire, qu'il suffisait de le briser en plusieurs fragments ou simplement de déchirer sa capsule pour guérir les malades. De là, la méthode du *broiement*, méthode qui, débarrassant d'un point fort délicat de l'opération, a été vantée et adoptée par quelques praticiens, qui veulent qu'on l'emploie dans tous les cas. Il est vrai que l'on a de nombreux exemples de dissolution rapide du cristallin, soit entier, soit réduit en fragments par l'humeur aqueuse, on en a aussi beaucoup qui prouvent qu'il est très longtemps à se dissoudre, plusieurs mois, plusieurs années, et quelquefois même qu'il persiste indéfiniment et s'oppose au rétablissement de la vision. Si dans ce pro-

cédé on maltraite moins le corps vitré, on s'expose plus que dans les autres à la blessure de l'iris; la cataracte se dissipe ordinairement avec une certaine lenteur, et la pupille est longtemps avant d'être libre. Ce sont des inconvénients qui doivent rendre le broiement un véritable pis-aller et non pas un procédé de choix.

Voici au surplus comment on pratique cette opération. On peut employer toutes les aiguilles que nous avons indiquées; toutefois celles de *M. Lazardi*, qui a la forme d'une petite serpette, est plus commode pour ce procédé que celles de M. *Bretonneau*, de *Scarpa* ou de *Dupuytren*.

L'aiguille est enfoncée comme dans l'abaissement. Lorsqu'elle est arrivée dans la pupille et qu'elle a divisé la capsule, on porte sa pointe et l'un des tranchants sur le milieu du cristallin, on le divise d'abord en deux, puis on revient sur chacune de ces moitiés de manière à les réduire en fragments aussi petits que possible, puis on les pousse les uns après les autres avec le dos de l'aiguille dans la chambre antérieure, en les faisant passer par la pupille. Il vaut mieux opérer en attaquant le cristallin par sa face antérieure que par sa face postérieure, parce qu'on voit mieux ce que l'on fait et qu'on est plus sûr de ne pas blesser l'iris. Quand on l'attaque par sa face postérieure à l'aide d'une aiguille droite, le broiement est plus facile il est vrai, tant que la capsule antérieure est intacte, parce que le cristallin étant renfermé dans un sac ne peut pas fuir et est forcé de se présenter sans cesse à l'action de l'instrument. Mais il est rare qu'on puisse longtemps ménager la capsule, et que dès les premiers temps on ne perce pas d'outre en outre avec l'aiguille et le cristallin et sa capsule. D'ailleurs, dans cette manière de broyer le cristallin, le corps vitré souffre beaucoup plus que lorsqu'on commence le broiement de la lentille par sa face antérieure.

Kératonyxis. — Dans cette méthode on pénètre dans

l'œil avec l'aiguille à travers la cornée transparente et la pupille pour arriver jusqu'au critallin et le déprimer, le broyer ou le renverser. Cette méthode est loin d'être nouvelle; car les auteurs arabes en parlent, et d'autres personnes prétendent que de temps immémorial on opère ainsi la cataracte en Égypte et dans l'Inde. Il est certain que des charlatans l'ont mise en usage depuis longtemps. *Manget* parle en effet d'une femme anglaise qui guérissait la cataracte en perçant la cornée avec une aiguille. La kératonyxis est indiquée et vantée dans la collection des thèses de *Haller*. Au dix-huitième siècle elle fut employée par des chirurgiens d'un grand mérite, en Allemagne et en Angleterre, par *Smith, Woolhouse, Dudill, Taylor, Richter, Beer*, etc., etc. Plus tard elle fut connue en France, et *Demours* la pratiqúa même en 1803; mais elle était pour ainsi dire oubliée lorsque *Dupuytren* rappela l'attention sur elle (1), et il

(1) Voici comment MM. *Marx* et *Brierre de Boismont* en rendent compte dans la seconde édition des *Leçons orales de clinique chirurgicale de Dupuytren*, t. III, p. 333 :

« Il y a vingt-trois ans environ que *Dupuytren* fut conduit par un accident inattendu à pratiquer l'opération de la cataracte d'une manière inusitée. Ne pouvant réussir à fixer les yeux d'une jeune fille affectée de cataractes accidentelles, et à attaquer la partie antérieure et externe de la sclérotique pour opérer ces cataractes par dépression, il prit le parti d'agir sur la cornée transparente, seul endroit de l'œil que les mouvements convulsifs laissassent en évidence, et de conduire l'aiguille jusqu'au cristallin, en la faisant passer à travers la pupille. Cette opération réussit parfaitement; mais comme c'était par nécessité et non par choix qu'il avait pénétré dans l'œil par la cornée transparente, il n'eut pas la pensée de considérer cette manière d'opérer comme une méthode générale. Il ignorait d'ailleurs que cette méthode eût été pratiquée avant lui et qu'elle fût employée dans d'autres contrées, et surtout qu'elle dût jamais être indiquée comme un procédé régulier Cependant la faveur qu'elle acquit en Allemagne et les avantages qui lui furent attribués ayant ramené les idées de *Dupuytren* sur elle, et l'ayant conduit à faire un assez grand nombre de fois l'opération de la cataracte en piquant la cornée transparente, il a eu l'occasion d'apprécier les inconvénients et les avantages de cette manière de pratiquer l'opération. Après un assez grand nombre d'épreuves diverses, *Dupuytren* a reconnu qu'elle n'est pas en général d'une exécution plus facile que celle qu'on pratique à travers la scléro-

peut être considéré comme l'ayant véritablement introduite en France.

Pour subir la kératonyxis le malade doit avoir eu préalablement la pupille très dilatée à l'aide de l'extrait de bel-

tique, que c'est un faible avantage de pouvoir l'exécuter sur les deux yeux avec la même main ; que la manière dont la main de l'opérateur est située entre son œil et celui du malade, empêche de suivre avec facilité les mouvements de l'instrument ; que le cercle qui borne la pupille gêne les mouvements de l'aiguille et ne permet ni de détourner aisément la cataracte, ni de la plonger dans la partie inférieure du corps vitré, ni surtout de détacher les lambeaux de la membrane cristalline qu'on voit si souvent dans les cataractes membraneuses adhérer aux procès ciliaires ; que cette opération ne prévient ni les accidents nerveux, ni les accidents inflammatoires qui accompagnent quelquefois les opérations de cataracte par dépression ; qu'elle expose à l'iritis autant et plus peut-être que l'opération à travers la sclérotique : qu'elle est quelquefois suivie de l'opacité de la cornée dans le point où cette membrane a été traversée, et quelquefois dans une étendue plus grande encore ; qu'enfin le résultat des opérations de cataracte pratiquées suivant ces deux méthodes, chez des individus placés dans des conditions analogues, ne diffèrent pas sensiblement entre eux, et qu'il n'existe aucune raison de donner à la kératonyxis la préférence sur la ponction à travers la sclérotique dans le plus grand nombre des cas ; d'où il résulte, par une dernière conséquence, qu'il n'y a aucune raison d'en faire une méthode générale, mais que considérée sous le rapport des avantages qu'elle peut offrir dans certains cas particuliers, elle mérite toutefois d'être conservée. Aussi, après avoir pratiqué l'opération de la cataracte par kératonyxis sur vingt-et-un individus, tant à l'Hôtel-Dieu qu'en ville, *Dupuytren* est revenu à la *scléroticonyxis*, et n'emploie la kératonixis que comme méthode tout à fait exceptionnelle.

Sur les vingt-et-une opérations de kératonyxis pratiquées par *Dupuytren*, on trouve onze succès immédiats et durables ; six n'ont obtenu de succès qu'au bout d'un mois ; deux ont été suivis d'accidents nerveux ; cinq l'ont été d'ophthalmies légères ; deux l'ont été d'iritis ; une autre a donné lieu à l'inflammation et à l'atrophie de l'œil ; cinq ont laissé des débris de membrane cristalline à la circonférence de la pupille ; quatre ont dû être suivies d'une deuxième opération et même d'une troisième ; un malade a perdu l'œil par suite d'inflammation ; un autre la faculté de voir par la formation d'une cicatrice opaque au devant de la pupille ; chez deux enfin, une amaurose indépendante de l'opération et de ses suites est venue s'opposer à la guérison. En définitive, dix-sept individus sur vingt-et-un ont recouvré la vue, c'est à dire 17/21e, ou les quatre cinquièmes, plus un des malades opérés, résultat qui ne diffère pas sensiblement de ceux que procure l'opération de la cataracte par scléroticonyxis.

ladone; car sans cette dilatation préalable l'opérateur serait gêné pour faire manœuvrer son aiguille, et tiraillerait fortement les bords de cette ouverture en cherchant à déplacer ou broyer le cristallin. L'aiguille dont on se sert ordinairement pour la kératonyxis est courbe; on peut du reste se servir soit de celle de *Scarpa*, soit de celle de *Dupuytren*, ou bien de celle de *M. Bretonneau.*

Le malade est placé comme pour la scléroticonyxis, l'aide relève de la même manière la paupière supérieure, tandis que l'opérateur, abaissant l'inférieure avec le doigt indicateur ou médius d'une main, appuie sur le dos de ce doigt l'aiguille dont il plonge la pointe dans la cornée à sa partie inférieure ou externe, à une ligne environ de son union avec la sclérotique; il la fait pénétrer dans la chambre antérieure, la concavité étant en haut, et la dirige du côté de la pupille, dans laquelle il pénètre en tournant alors en bas la concavité de l'aiguille afin de ménager plus sûrement l'iris. Avec sa pointe il déchire le plus largement possible la capsule du cristallin, il accroche le bord supérieur de cette lentille, la renverse ou la déprime au dessous de la pupille et dans le corps vitré, ou bien il le morcelle, et en abaisse ensuite les divers fragments, qu'il fait pénétrer dans le corps vitré, ou les amène dans la chambre antérieure pour les soumettre à la dissolution et à l'absorption dans l'humeur aqueuse. Lorsque ces diverses manœuvres ont été opérées, le chirurgien retire son aiguille en replaçant sa convexité en bas, et la retire dans le même sens et par la même voie qu'il lui a fait suivre pour entrer.

Cette opération peut être faite dans tous les cas où l'abaissement convient. On l'emploie surtout quand la cataracte est molle, laiteuse, ou chez les enfants et les personnes indociles, et dont on ne peut pas fixer les yeux qui sont trop mobiles, trop irritables et trop sensibles ou trop enfoncés dans les orbites. On a l'avantage de pouvoir

pratiquer cette opération avec la même main. Il est certain qu'aucun nerf ou vaisseau volumineux ne peut être atteint, que la rétine n'est point lésée par l'aiguille, et que l'iris peut être aussi bien ménagée que dans la scléroticonyxis, que l'opération est peut être moins douloureuse, parce que les tissus que l'aiguille traverse, la cornée et la membrane de l'humeur aqueuse sont presque insensibles. C'est une opération qui se réduit à une simple piqûre; mais si elle a des avantages réels et sur lesquels tout le monde tombe d'accord, il est certain aussi qu'elle a des inconvénients très grands, que ne peuvent pas nier ses partisans. D'abord, il est plus difficile d'opérer par cette méthode dans les cas d'adhérence de l'iris à la capsule cristalline, de resserrement de la pupille, de saillie de l'iris, d'aplatissement de la cornée, et quand les cataractes sont très dures ou pierreuses. Aussi, malgré les succès que disent en avoir obtenus des auteurs recommandables, tels que *Textor*, *Dupuytren*, *MM. Smalz*, *Walther*, *Langenbeck*, *Wedmeyer*, *Schindler*, etc., cette méthode, qui a excité tant d'enthousiasme dans les premiers moments, est généralement abandonnée et n'est plus employée que comme méthode exceptionnelle. D'ailleurs, il ne faut pas croire qu'il n'y ait dans la kératonyxis aucun autre inconvénient que ceux que je viens de vous citer. Ainsi chez les vieillards, où le cristallin est ordinairement dur et l'absorption presque nulle, on est presque toujours obligé d'avoir recours à une opération plus complète et plus efficace. Il est prouvé que les accidents consécutifs de la kératonyxis sont plus graves lorsqu'on broie le cristallin que lorsqu'on l'abaisse; l'iris peut être blessé, la circonférence pupillaire peut être contuse, soit qu'on broie le cristallin, soit qu'on l'abaisse seulement. En outre, il faut convenir que, quoique les accidents inflammatoires soient généralement légers à la suite de la piqûre de la cornée, il peut arriver aussi quelquefois que cette membrane s'enflamme très fortement, et qu'il résulte

de cette inflammation une fonte purulente ou des opacités plus ou moins étendues. Cette inflammation arrive surtout quand on a imprimé de nombreux mouvements à l'aiguille et qu'on a trop appuyé sur la partie inférieure de l'ouverture qu'on a faite à la cornée.

Les modifications qu'on a essayées dans ces derniers temps n'ont pas rendu la méthode plus avantageuse, et la rendent peut-être même plus mauvaise. Telle est par exemple celle de *M. Schindler*, qui fait la ponction de la cornée par son centre au lieu de la faire par sa partie inférieure ou externe. L'opacité fréquente qui résulte de cette piqûre après la guérison et qui gêne nécessairement la vision est un très grand inconvénient, qui n'est pas compensé par les facilités qui en résultent pour le manuel de l'opération. Quant au procédé de *M. Pauli*, qui, en pénétrant par la cornée, va fendre le corps vitré au dessus du cristallin pour enfoncer ensuite par cette fente le cristallin en totalité, je n'y puis voir aucun des avantages qu'il y assigne. Je n'en reconnais aucun non plus à la méthode que *M. Quadri* a imaginée, et qu'il nomme *méthode mixte*. Il introduit par la cornée une aiguille qu'il nomme *aiguille pince*, à l'aide de laquelle il extrait la capsule du cristallin, puis, avec une autre aiguille introduite par la sclérotique, il abaisse comme dans la scléroticonyxis ordinaire le cristallin ainsi dépouillé de sa capsule. C'est une opération très compliquée, au lieu d'être plus simple comme le prétend *M. Quadri* et qui réunit les inconvénients de l'extraction à ceux de l'abaissement.

Lorsqu'on a à opérer des enfants, soit pour une cataracte congénitale, soit pour une cataracte traumatique ou spontanée, c'est ordinairement à la *scléroticonyxis* ou à la *kératonyxis* qu'on a recours, très rarement on emploie l'extraction ; cette méthode est trop dangereuse chez ces individus et amène trop souvent l'évacuation des humeurs de l'œil. L'opération chez eux se pratique de la même manière que

chez les adultes. Ce qu'il y a de plus difficile, c'est de maintenir convenablement l'enfant. *Ware* le couchait sur une table et lui élevait la tête avec des oreillers, puis, après l'avoir fait solidement maintenir par des aides, il fixait l'œil avec les doigts, pendant qu'une autre personne soulevait la paupière supérieure avec l'élévatoire de *Pellier* : alors il opérait. *Gibson* narcotisait d'abord le malade avec de l'opium administré à l'intérieur, puis l'emprisonnait dans un sac ouvert par les deux bouts à chacun desquels était adaptée une coulisse qu'on serrait au dessus des épaules et au dessous des pieds. *M. Luzardi* se contente de fixer les bras de l'enfant autour du tronc, et, le plaçant ensuite sur l'angle d'une table garnie, il met ses jambes entre ses cuisses, et le maintient ainsi immobile.

Pour favoriser l'absorption ou la dissolution du cristallin abaissé, déprimé ou broyé après la scléroticonyxis ou la kératonyxis, que ce cristallin ou ses débris et sa membrane soient restés dans la chambre postérieure ou aient été poussés dans la chambre antérieure, on a conseillé de faire la ponction de la cornée transparente et d'évacuer l'humeur aqueuse saturée par les éléments constituants du cristallin, puis de la laisser se renouveler ensuite pour l'évacuer de nouveau au bout d'un temps plus ou moins long. On conçoit en effet que la décomposition du cristallin étant un phénomène bien plus chimique que vital, cette évacuation et le renouvellement successif de l'humeur aqueuse ne doivent favoriser la dissolution de la lentille. Ce procédé a été jadis employé par *Lehoc*, et proposé de nouveau dans ces derniers temps par *M. Wernecke*. Cette méthode, toutefois, ne compte pas encore assez de faits en sa faveur pour qu'on puisse la recommander fortement ; elle pourrait d'ailleurs ne pas être sans inconvénients.

Pansement et traitement consécutif. Il y a des chirurgiens qui ont adopté pour pansement après l'opération de la cataracte un bandage très compliqué fait avec de la charpie,

des compresses et des bandes très méthodiquement appliquées. Les uns ont appliqué ces pièces d'appareil sèches, d'autres au contraire les ont fait tremper dans des mélanges variés de blancs d'œuf et d'alcool, ou de vinaigre, d'alun, de baume de *Fioraventi*, etc., etc.; d'autres chirurgiens, au contraire, emploient des bandages très simples, tels que le monocle. Tout cela a peu de valeur réelle. Le pansement le plus simple est le meilleur. Pour moi, je me contente, après avoir lavé soigneusement les yeux avec de l'eau tiède, d'appliquer au devant d'eux une simple compresse large, que je troue dans son milieu pour y laisser passer le nez, afin que cette compresse ne vacille point. Je trouve cette compresse suffisante, et je n'y joins pas de taffetas noir par dessus.

Le malade étant couché sur le dos, les épaules et la tête élevés avec des oreillers, je ne fais entourer son lit que de rideaux ordinaires, et je m'abstiens de le placer dans une chambre tout à fait privée de lumière. Cette obscurité complète, dans laquelle on plongeait le malade pendant un temps assez long m'a semblé nuisible; elle rend l'organe trop sensible, et on est très longtemps à l'habituer plus tard à la lumière. On a regardé comme très dangereuse la moindre lumière pour les opérés de la cataracte, et on a dit qu'une obscurité complète était nécessaire pour prévenir l'inflammation. Vous avez pu vous convaincre ici du contraire, car les inflammations de l'œil chez nos opérés de la cataracte ne sont pas plus fréquentes qu'ailleurs.

Le traitement qui suit l'opération de la cataracte par abaissement a beaucoup varié. Les uns, malgré l'absence de toute espèce d'accidents, ont employé la diète sévère, les saignées générales, locales, les purgatifs, les révulsifs sur les extrémités, etc.; les autres ont fait usage de lotions froides sur l'œil, les paupières étant fermées, ou bien de lotions alumineuses alcoolisées, etc., etc. *Scarpa* avait pour habitude de prescrire à tous ses malades indistinctement

après l'opération ou peu de temps après un quart de lavement laudanisé, que les malades gardaient. Il prescrivait ce remède pour combattre les vomissements qui surviennent quelquefois chez les individus opérés de la cataracte. J'ai observé quelquefois ces vomissements, mais c'est tout au plus dans la proportion d'un sur douze ou quinze; aussi je regarde ces accidents-là comme exceptionnels, et je ne vois pas la nécessité d'administrer ce lavement, surtout quand l'opération a été très simple.

Quelques chirurgiens emploient les révulsifs, tels qu'un vésicatoire où un cautère au bras, ou bien un séton à la nuque. *Scarpa* mettait presque constamment un cautère au bras de ses opérés, *M. Roux* met un vésicatoire le jour ou la veille de l'opération. *Dupuytren* l'appliquait toujours avant l'opération. J'ai eu recours aussi à l'emploi de ce révulsif, et je ne sais vraiment qu'en penser. Je ne puis dire s'il est bon ou s'il est mauvais. Je ne suis pas partisan du vésicatoire à la nuque, car s'il peut être bon dans quelques cas, il y en a aussi dans lesquels il peut nuire par la trop grande irritation qu'il cause. Je préférerais, dans tous les cas, le mettre au bras.

Lorsqu'il arrive des accidents à la suite de l'opération de la cataracte, il faut les combattre avec énergie avant qu'ils ne soient devenus intenses. Ainsi donc, quand, dans les premières vingt-quatre heures après l'opération il se développe des douleurs vives dans l'œil, de la céphalalgie, et que le bandeau dont on a couvert l'œil se trouve taché par une humeur jaunâtre, roussâtre, on peut présager une inflammation intense. Ce dernier signe est très concluant. Il ne faut plus hésiter alors à employer avec énergie un traitement antiphlogistique actif, les saignées générales, les sangsues, les vésicatoires, etc.

Mais lorsqu'il ne se développe point d'inflammation, il n'y a absolument rien à faire. On n'accorde au malade que quelques bouillons ou de légers potages pendant les

deux ou trois premiers jours. Si les selles ne se font pas régulièrement, on donne quelques lavements simples ou même des lavements laxatifs. On donne quelques boissons rafraîchissantes ou laxatives, comme de l'eau d'orge, du petit lait, de l'eau de veau, du jus de pruneaux, de la décoction de tamarin, de casse, etc., etc., ou bien des boissons antispasmodiques et des potions calmantes s'il y a de l'agitation, des spasmes, ou de l'insomnie. On maintient le malade immobile autant que possible dans son lit, la tête élevée et couchée du côté qui n'a pas été opéré, si on n'a fait l'opération que sur un seul œil, ou sur le dos si on l'a opéré des deux yeux. On laisse le bandeau en place s'il est sec, ou bien on le change s'il est imbibé. Au bout de quatre ou cinq jours on lève cet appareil pour voir en quel état se trouve l'œil et le résultat qu'on peut espérer de l'opération.

Il y a des malades qui n'éprouvent absolument rien de l'opération de la cataracte par abaissement; mais ordinairement il se manifeste un peu d'irritation et de chaleur dans l'œil. Ces phénomènes durent cinq, six, huit ou dix jours; quelquefois au bout de trois ou quatre jours il n'y a plus rien, et l'œil est parfaitement bien. Une inflammation assez fréquente à la suite de l'opération de la cataracte, c'est l'iritis. On doit craindre cet accident lorsqu'on s'aperçoit d'une irrégularité dans la forme de la pupille. Après les antiphlogistiques que l'on emploie avec une énergie proportionnée à l'intensité des phénomènes inflammatoires, on fait usage avec avantage, vers le quatrième ou cinquième jour seulement, de la belladone ou de la jusquiame, mais de la belladone surtout, pour prévenir les déformations et les irrégularités de la pupille, suites de l'adhérence.

J'ai vu des malades opérés de la cataracte par abaissement qui étaient parfaitement guéris au bout de trois jours. Il y a deux ou trois ans nous avons eu, dans cet

hôpital, un jeune homme que j'opérai de la cataracte, et qui, le surlendemain se promenait dans les salles l'œil découvert et y voyant très bien. On a vu dans les campagnes des paysans aller travailler aux champs le lendemain de leur opération, ne vouloir s'astreindre à aucun régime, à aucun traitement, et ils n'en guérissaient pas mois bien, mais ces cas sont des exceptions.

En général, au quatrième ou au cinquième jour, si les opérés n'ont éprouvé aucun accident sérieux, on peut les laisser se lever et manger. Il y a néanmoins à cet égard quelques règles à suivre.

Ordinairement on recommande de ne découvrir les yeux du malade que le troisième jour pour examiner l'état de ses organes. C'est une véritable loi qu'on a posée à cet égard, mais comme toutes les lois, celle-ci comporte des exceptions. Ainsi, on peut bien ne pas examiner dans les premiers jours l'état des yeux, s'il n'y a aucun phénomène inflammatoire, mais si on en soupçonne, il faut sans hésiter ôter le bandeau et examiner l'œil à l'ombre pour savoir à quoi s'en tenir, et prescrire ce qu'il conviendra. Mais s'il n'y a point d'accidents, on peut sans inconvénient laisser le tout en place pendant trois jours. Alors on lave l'œil avec de l'eau tiède, onrenouvelle le bandeau et on peut laisser le malade prendre des aliments et se lever un peu. A dater de ce moment on découvre graduellement les yeux, en relevant peu à peu le bandeau, afin d'accoutumer petit à petit ces organes à la lumière, et de manière à les laisser complètement à nu du douzième au vingtième jour.

Extraction. Cette méthode dont on paraît avoir fait usage depuis un temps presque immémorial, puisqu'on en trouve la description fort imparfaite du reste, dans des auteurs très anciens, tels que *Antylus*, *Galien*, *Avicennes*, *Guy de Chauliac*, etc., etc., était tombée dans un oubli profond, et ne fut remise en pratique qu'à la fin du dix-septième siècle et même au commencement du dix-hui-

tième. Après diverses tentatives faites par *Freytag, Woolhouse, Petit, Saint-Yves*, et qui ne fixèrent guère l'attention des praticiens, *Daviel* commença, sur cette manière d'opérer la cataracte, des travaux suivis; il la pratiqua, pour la première fois, en 1745, et soumit le résultat de ses observations ultérieures à l'académie des sciences en 1748. Sur deux cent six observations d'opérations de cataracte faites suivant cette méthode il annonça cent quatre-vingt-deux succès. Avec un couteau, en forme de langue de carpe, il ouvrait la partie inférieure de la cornée, élargissait cette ouverture avec un autre couteau moins large et de même forme, ou bien avec des ciseaux courbes, il écartait ensuite les lèvres de la plaie de la cornée avec une petite spatule en or, introduisait à travers la pupille une aiguille également en or, et arrivait avec elle sur la partie antérieure de la capsule qu'il divisait ; après quoi il opérait la sortie du cristallin et des portions opaques de la capsule, à l'aide d'une petite curette.

Depuis *Daviel*, auquel on contesta l'invention de cette découverte (1), on employa beaucoup l'extraction, en modifiant et les instruments et le manuel opératoire. C'est ainsi que Palluci ouvrait la cornée transparente du petit angle de l'œil au grand angle avec un *kératotome* ou couteau dont le sommet très allongé ressemblait à une espèce d'aiguille, puis terminait l'opération à peu près comme *Daviel*. *Poyet* voulut soutenir et fixer l'œil avec une anse de fil qu'il passait à travers l'œil à l'aide d'un instrument très étroit percé près de sa pointe, puis il ouvrait la cornée en faisant un lambeau de haut en bas. *Lafaye* employait seulement un kératotome à forme de lancette étroite, à dos émoussé, et bombée sur une de ses faces, afin de remplir exactement la plaie faite à la cornée, et de ne pas permettre l'évacuation des humeurs

(1) Palluci.

de l'œil. Avec cet instrument il ouvrait la cornée, puis pénétrait dans la chambre postérieure à travers la pupille avec un instrument qu'il nommait *kystitome*, espèce de pique triangulaire, soutenue par un ressort en boudin, et à l'aide duquel il ouvrait la capsule du cristallin; depuis *Lafaye* on modifia encore les divers instruments propres à cette méthode d'opérer la cataracte, méthode dont les règles ne furent bien déterminées que par *Richter* en Allemagne, *Ware* en Angleterre, et *Wenzel* en France.

Préparation du malade. Elle est la même que pour l'abaissement. Faut-il dilater la pupille, quand on veut pratiquer l'opération de la cataracte par extraction? On a dit que la pupille étant très dilatée, l'évacuation des humeurs de l'œil se ferait beaucoup plus facilement, mais la position horizontale que l'on donne au malade est un moyen de se préserver de ce fâcheux accident. On a dit ensuite qu'elle favorisait la production de l'amaurose. Cette raison est futile; car l'action de la belladone n'est que passagère. Il ne faut pas croire que l'action de la belladone soit toujours d'une très longue durée. J'ai vu des individus dans l'œil desquels on avait déposé de cette substance, et dont la pupille extrêmement dilatée au commencement de l'opération de la cataracte par extraction, était au contraire fort resserrée à la fin, et même de manière à gêner la sortie du cristallin.

Quant à la forme sous laquelle on emploie la belladone, il n'est pas indifférent de la choisir. Celle qui est préférable, suivant moi, c'est l'extrait dont on dissout gros comme une lentille dans une cuillerée à café d'eau, et dont on instille quelques gouttes entre les paupières sur le globe de l'œil.

Position du chirurgien et du malade. Il faut à cet égard plus de précautions et de soins que pour l'abaissement. Quelques opérateurs, *Beer et Richter* entre autres, veulent que la tête du malade ne soit pas fixée sur la poitrine d'un

aide, mais bien sur le dossier solide et vertical d'un siége. D'autres préfèrent que le malade soit au lit et dans une position horizontale. Cette position pour le malade me semble en effet fort avantageuse, et j'y ai recours souvent. Le chirurgien doit, quand il opère le malade au lit, se placer du côté de l'œil qu'il va opérer. S'il opère le malade assis, il me semble qu'il lui est plus commode d'être debout au devant de lui, qu'étant assis lui-même.

L'œil du patient est mis à découvert par l'écartement des paupières, et fixé comme je vous l'ai déjà dit pour l'abaissement. C'est surtout pour la méthode par extraction qu'on a imaginé une foule d'instruments, de *spéculums*, d'*ophthalmostats*, afin d'écarter les paupières et bien fixer l'œil pendant qu'on coupe la cornée transparente. C'est ainsi qu'on a inventé des pinces, des érignes, des anneaux, de forme, de volume et de matière très variés. Ces instruments sont généralement inutiles, lorsqu'on a des aides adroits; car les doigts suffisent pour cela : ils sont dangereux, car ils compriment l'œil et exposent à le vider. Pour bien fixer l'œil, il vaut mieux à tous ces instruments substituer les deux premiers doigts de l'aide et de l'opérateur dans le grand angle de l'œil pour l'empêcher de se porter en dedans, et le comprimer légèrement jusqu'au moment où le couteau termine l'incision de la cornée. Néanmoins je me sers quelquefois d'une espèce d'ophthalmostat qui me semble avoir moins d'inconvénients que la plupart de ceux qui ont été inventés. Cet instrument a quelque analogie avec l'ancien stylet de *Segwart*; il ressemble par son manche au kératotome ordinaire. Ce manche porte une petite plaque d'écaille un peu recourbée sur son plat. Elle est parfaitement mousse, arrondie, dépourvue de toute aspérité, et n'irrite pas les parties avec lesquelles elle se trouve en contact. Voici comment je m'en sers. Lorsque j'ai traversé la cornée avec le kératotome, et que la pointe de cet instrument est arrivée du côté de cette membrane qui cor-

respond au grand angle de l'œil, je glisse mon ophthalmostat au dessous de cette pointe; je le place entre elle et la sclérotique, et, appuyant légèrement sur le globe de l'œil, je mets celui-ci dans l'impossibilité de se déplacer au dedans, et je puis terminer en toute sécurité et facilement la section de la cornée.

Manuel opératoire. Il y a deux manières d'extraire le cristallin opaque et ses dépendances. Dans l'une, on ouvre l'œil en incisant la sclérotique à une certaine distance de la cornée, et on arrive par la chambre postérieure au cristallin que l'on enlève par la plaie faite à la sclérotique. Cette méthode est nommée *scléroticotomie.* Dans l'autre méthode, on incise la cornée transparente et on arrive par la pupille, sur le corps opaque. Cette méthode est nommée *kératotomie.*

Scléroticotomie. C'est *B. Bell* qui émit l'idée d'extraire le cristallin en faisant une incision à la sclérotique, et *Earle* qui pratiqua le premier cette opération sur le vivant. M. *Quadri de Naples*, a adopté cette manière de détruire la cataracte, et c'est sur elle qu'il a fondé sa méthode. Voici comment il la pratique. Une incision de trois lignes environ est faite avec la pointe d'un kératome sur la sclérotique, à deux lignes de la cornée et en dehors; on introduit par cette plaie une petite pince, à l'aide de laquelle on saisit le cristallin et son enveloppe, et on l'extrait. Cette méthode a été employée par d'autres chirurgiens en France, mais on y a bientôt renoncé, car elle n'a pas été suivie de succès. Sans doute, le premier terme de l'opération, qui consiste dans l'incision de la sclérotique, est moins délicat que l'incision de la cornée, quand on pratique l'extraction par kératotomie, sans doute il ne doit pas être très difficile d'accrocher ensuite le cristallin, mais le danger consiste à saisir ce cristallin assez solidement pour pouvoir ensuite le faire passer à travers la sclérotique sans faire en même temps sortir les autres humeurs de l'œil. Par une

incision aussi large à la sclérotique, à la choroïde et à la rétine, on doit produire des hémorrhagies internes, des lésions des nerfs et des vaisseaux ciliaires, et autres accidents bien plus graves que dans la kératotomie. M. *Quadri* cependant, dit avoir réussi par cette méthode vingt et une fois sur vingt-cinq.

Kératotomie. Cette méthode se compose de trois temps bien distincts : 1° l'incision de la cornée transparente; 2° la division de la capsule cristalline; 3° l'extraction du cristallin.

L'incision de la cornée se fait tantôt à sa partie supérieure, tantôt à sa partie inférieure; de là, *la kératotomie inférieure* et la *kératotomie supérieure.*

Kératotomie inférieure. On a imaginé pour faire la section de la cornée, un grand nombre de kératotomes, celui de *Daviel*, de *Lafaye*, de *Pomard*, de *Ware*, de *Beer*, de *Béranger*, de *Lobenstein*, de *Bell*, de *Jung*, etc., etc., etc. Ceux qu'on emploie ordinairement sont le couteau de *Richter*, ou celui de *Wenzel.* Le couteau de *Wenzel* ne diffère de celui de *Lafaye* qu'en ce que ses faces ne sont pas plus bombées l'une que l'autre. Celui de *Richter* a une lame très aiguë, et va en s'élargissant de la pointe jusqu'au manche, de manière à ce qu'il puisse couper la moitié du limbe de la cornée, en traversant la chambre antérieure. Ce couteau un peu raccourci, comme *Beer* l'a recommandé, me semble le meilleur, et c'est celui que j'emploie le plus volontiers. Il ne faut pas attacher cependant une si grande importance à ces diverses formes d'instruments, car à la rigueur, on pourrait employer une simple lancette ou un bistouri très acéré. Quand aux instruments destinés à diviser la capsule du cristallin lorsque la cornée a été coupée, ils ont beaucoup varié. On a imaginé des aiguilles et des kystitomes de toutes sortes. Ces instruments sont actuellement presque tous abandonnés, et la plupart des chirurgiens se servent pour ce temps de l'opération, soit de la

pointe du couteau qui a servi à l'incision de la cornée, soit d'une simple aiguille à cataracte.

Les autres instruments dont on peut avoir besoin pour les temps suivants de l'opération, sont de petites pinces fines et droites portant un crochet à leur extrémité comme celles de *Reisenger, de Blœmer*, ou *de Beer*, des pinces dites oculaires comme on en trouve chez tous les couteliers (1), une aiguille à crochets, une petite spatule ou curette en or, la seringue *d'Anel*, etc. Ces instruments sont utiles pour détacher des lambeaux de capsule, ou du cristallin.

Tous les instruments étant prêts, les aides et le malade convenablement placés, l'opérateur abaisse la paupière inférieure avec le doigt indicateur qu'il appuie en même temps sur la caroncule lacrymale, afin de soutenir en dedans le globe de l'œil. Avec l'autre main armée du kératotome tenu entre les trois premiers doigts, tandis que les deux derniers écartés prennent leur point d'appui sur la tempe, il porte la pointe de cet instrument sur la cornée à une demi-ligne ou une ligne tout au plus de son union avec la sclérotique, un peu au dessus de son diamètre transversal et du côté de l'angle externe; il l'enfonce perpendiculairement à l'axe de la cornée dans la chambre antérieure. Lorsqu'il y est arrivé, il incline de suite en arrière le manche de l'instrument, afin que sa pointe ne blesse point l'iris; il la pousse ensuite horizontalement, sans secousses, jusqu'au point diamétralement opposé de la cornée et la traverse de dedans en dehors; il continue à faire avancer son instrument dans cette direction, en ayant la précaution de ne pas presser sur son tranchant, et qu'une de ses faces soit tout à fait parallèle à la partie antérieure de l'iris, tandis que l'autre regarde le devant de l'œil; il continue ainsi jusqu'à ce qu'il ait entièrement divisé le demi-cercle inférieur de la cornée aussi

(1) Principalement chez Samson, fabricant d'instruments de chirurgie.

près que possible de la sclérotique, c'est à dire à une ligne ou une demi-ligne de la grande circonférence de l'iris. A l'instant où la section est terminée, l'aide qui soulevait la paupière supérieure la lâche, et on prescrit au malade de la fermer doucement. On le laisse tranquille quelques secondes pour lui laisser le temps de se remettre de son émotion. Tel est le premier temps de l'opération. Le *second temps* consiste dans la division de la capsule. La paupière supérieure étant de nouveau relevée par un aide, ou par le chirurgien lui-même, sans que l'on comprime en aucune façon le globe de l'œil, il relève avec le dos du kystitome ou de l'aiguille à cataracte le lambeau de la cornée par son point le plus déclive, l'introduit dans la pupille, et divise avec sa pointe la capsule du cristallin en parcourant de préférence le demi-cercle supérieur, d'un côté à l'autre, et de manière à la diviser largement. Pendant toute cette manœuvre, il tient constamment la concavité de son instrument en bas. Quand on opère les deux yeux à la fois, on s'arrête alors dans le manuel de l'opération, et on pratique sur l'autre œil ce que je viens de vous décrire, c'est à dire les deux premiers temps de l'opération, puis on passe ensuite au troisième temps sur le premier œil. Ce *troisième temps* consiste à déterminer la sortie du cristallin, s'il ne s'est pas engagé de lui-même dans la chambre antérieure, ce qui arrive très souvent. Mais quand il ne sort pas spontanément il faut par de douces pressions favoriser son expulsion. Alors, le chirurgien appuie légèrement l'indicateur gauche contre la partie inférieure de l'œil; avec la main droite, il place le manche du kératotome sur la paupière supérieure, et presse très légèrement, et à diverses reprises, sur le globe oculaire au niveau du cercle ciliaire, dans le sens d'une ligne qui se porterait de ce cercle ciliaire vers l'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postéro-inférieur de la sclérotique, en passant de haut en bas entre le cristallin et le corps vitré. Sous l'influence de

ces pressions faites avec une grande prudence, on voit le cristallin franchir la pupille et se présenter à la plaie de la cornée. On favorise sa sortie complète en continuant ces pressions, et on l'enlève soit avec l'aiguille, soit avec la pointe du kératotome. La sortie du cristallin expose encore aux accidents suivants : quoique largement dilatée par la belladone, la pupille se resserre presque toujours au point d'opposer quelque résistance au corps opaque qui tend alors à décoller l'iris par en bas, de manière à sortir par là, si la pression sur l'œil n'était exercée avec une extrême lenteur. Cette pression, portée brusquement sur la cornée par suite d'un mouvement inopiné du malade, au moment où le bord de la cataracte se présente à la plaie, peut à son tour repousser la lentille au dessus du corps vitré; de telle sorte qu'on restera dans le doute de savoir si elle est encore dans l'œil ou si elle est réellement sortie. Cela m'est arrivé une fois. Quand le cristallin est sorti, on s'assure alors que les lambeaux de la capsule ne sont point opaques, et alors on les laisse en place. Dans le cas contraire, on les saisit avec les pinces, et on les extrait. On enlève de cette manière tous les lambeaux et tous les fragments opaques du cristallin. On peut laisser dans la chambre antérieure ceux qui s'y seraient arrêtés, et dont le volume ne pourrait pas gêner la vision d'une manière notable. Ils seront tôt ou tard dissous et absorbés dans l'humeur aqueuse. Cette conduite vaut mieux que celle de quelques chirurgiens qui, avec une curette ou spatule, fouillent en tous sens la chambre antérieure, exercent avec ces instruments des frottements réitérés sur la face postérieure de la cornée pour enlever exactement tous les corps opaques qui peuvent avoir pénétré dans la chambre antérieure. Ces manœuvres en effet sont très souvent suivies d'une opacité très prompte de la cornée, et tout le bénéfice de l'opération se trouve perdu. Il vaudrait mieux faire quelques légères injections d'eau tiède dans les chambres de

l'œil, avec la seringue d'Anel. C'est ce que conseillait *Forlenze.*

Tels sont les divers temps de l'opération de la cataracte par extraction, quand on pratique la kératotomie inférieure, considérée d'une manière générale. Mais chacun de ces temps exige quelques remarques particulières fort importantes.

Je vous ai dit qu'il fallait commencer la ponction de la cornée transparente un peu au dessus du diamètre transversal de l'œil. Mais d'autres chirurgiens et oculistes, *Wenzel*, par exemple, conseillent de commencer cette incision sur le milieu du quart externe et supérieur de la cornée, et de faire sortir l'instrument par le même point de son quart inférieur et interne. Il prétend qu'en agissant ainsi on évite de piquer la racine du nez avec le kératotome, que la plaie étant oblique les paupières, en se fermant, cachent les deux extrémités de cette plaie, et qu'elles ne s'engagent pas entre leurs lèvres. Ce précepte de *Wenzel* est bon à suivre, quand l'œil est gros et saillant, parce que dans ce cas le bord palpébral inférieur pourrait bien en effet se placer entre les lèvres de la plaie de la cornée, et en détruire l'agglutination. Mais, à part cette circonstance, je ne vois guère d'avantage à inciser dans le sens recommandé par *Wenzel*. En effet, la piqûre de la racine du nez par le kératotome, est un accident de peu d'importance; la pression naturelle exercée par la paupière supérieure sur la cornée, suffit pour prévenir l'écartement des bords de la plaie de cette dernière membrane, qu'elle soit oblique ou transversale. En outre, cette incision oblique recommandée par *Wenzel*, est quelquefois très difficile à faire chez les individus dont l'apophyse orbitaire externe est très saillante, et le relief de l'os maxillaire très marqué; ces dispositions gênent la marche de l'instrument, et obligent à tirailler l'œil de telle sorte qu'on a à redouter la sortie de l'humeur vitrée. Quand on pratique l'incision transversale on ne

rencontre rien de semblable, et le manuel opératoire est plus facile.

Il est important quand on fait la ponction de la cornée pour arriver dans la chambre antérieure, de traverser complétement cette membrane sans toucher à l'iris. Pour cela, il faut d'abord plonger le kératotome à une demi-ligne de l'union de la cornée avec la sclérotique; plus près de sa circonférence, on pourrait atteindre de suite l'iris, qui dans ce point est très près de la cornée; à plus d'une demi-ligne de distance, on aurait un autre inconvénient, celui d'avoir une cicatrice trop rapprochée du centre de la cornée et qui gênerait la vision. D'un autre côté, il ne faut pas, pour éviter de blesser l'iris, traverser la cornée dans une partie de son épaisseur, engager le kératotome entre ses feuillets, n'arriver dans la chambre antérieure qu'au bout d'un certain temps, et ne donner ainsi lieu qu'à une très petite ouverture; il faut donc présenter l'instrument à l'œil d'avant en arrière et de dehors en dedans. On se rappellera en ce moment que la cornée étant courbe sur une corde beaucoup plus courte que la sclérotique, il doit nécessairement exister au devant de ces deux membranes une légère excavation circulaire qui en rend la perpendiculaire un peu moins inclinée en avant, eu égard aux diamètres du corps de l'individu, et par conséquent la perforation plus facile. Quand le kératotome est dans la chambre antérieure, le tranchant doit être dirigé en bas, afin d'éviter le cercle ciliaire et l'iris, et d'avoir une cicatrice trop près de la pupille : d'ailleurs la section de la cornée serait trop prompte et le lambeau trop court, si on dirigeait le tranchant trop en avant. Quand la pointe du couteau est sur le point de sortir du côté opposé à son entrée, il faut alors la diriger en avant, sans quoi elle serait trop près de la sclérotique, et on la ferait pénétrer encore entre les feuillets de la cornée.

Le kératotome étant graduellement plus épais de la

pointe vers sa base, remplit exactement en avançant la plaie qu'il fait à la cornée, de sorte que l'humeur aqueuse ne peut s'écouler qu'après la section complète de cette membrane; c'est pour cette raison qu'une fois la cornée traversée et sa section commencée, il ne faut pas retirer l'instrument, car il se fait alors un vide entre les bords de la plaie par lesquels l'humeur aqueuse s'écoule aussitôt, et il résulte de cette évacuation que la cornée s'affaisse, et que l'iris faisant saillie, se présente facilement sous le tranchant du couteau. La cornée doit être coupée de manière à ce que l'on détache la moitié de son cercle. Il ne faut pas donner une dimension moindre à cette plaie, car un cristallin volumineux sortirait avec peine, et les pressions que l'on exercerait pour favoriser son expulsion, pourraient être dangereuses. Il ne faut pas exagérer cependant la grandeur de la plaie de la cornée, et il est inutile de lui donner celle des deux tiers de cette membrane comme le voulait *Ware;* je ne pense pas cependant, comme M. *Maunoir* de Genève semble le craindre, qu'avec un lambeau aussi grand que celui qui occuperait les deux tiers de la cornée la gangrène fût à craindre. Si la plaie était trop petite, et qu'il fallût nécessairement l'agrandir, on pourrait se servir pour cela, soit du kératotome encore, ou de ciseaux fins et boutonnés, ou bien encore du lithotome double imaginé par M. *Carron du Villards.*

Dans le premier temps de l'opération par extraction, l'œil se tourne souvent convulsivement en haut; on peut employer pour le ramener, l'instrument imaginé par *Pamard.* Si c'est vers le grand angle de l'œil qu'il se dirige, le doigt porté vers la caroncule lacrymale suffit ordinairement pour le ramener. On peut employer aussi dans ce but une petite curette d'écaille. Le chirurgien pourrait encore le fixer très bien et fort commodément entre ses doigts médius et indicateur, jusqu'à ce que l'instrument ait traversé la cornée de part en part. Quand l'œil se trouve ainsi embroché

on est maître de lui, et on le ramène facilement en avant, puis on achève la section sans difficulté, en ayant bien soin de ne pas faire rétrograder l'instrument dans la plaie.

Pour achever plus facilement et plus promptement la section du lambeau de la cornée, l'extrémité du petit doigt est porté dans le grand angle de l'œil, de manière que sa pulpe tombe perpendiculairement sur le côté interne du globe oculaire, et son dos en avant. Quand le kératotome a traversé de part en part la cornée, on appuie son tranchant sur le bord libre de l'ongle qui le soutient; puis, pendant qu'on le fait marcher de l'angle externe vers l'angle interne, l'ongle arrête la cornée, en faisant un léger effort comme pour glisser en dehors vers le talon de l'instrument, jusqu'à ce que l'incision soit complète. J'emploie avec plus d'avantage encore que l'ongle, le petit instrument d'écaille dont je me sers pour fixer l'œil, et dont je vous ai déjà parlé. Il arrive quelquefois que, malgré toutes les précautions du chirurgien, l'iris se présente sous le tranchant du kératotome. On doit alors faire de douces frictions sur le devant de l'œil, à travers la paupière supérieure. Ces frictions excitent la contraction de l'iris, ce qui force cette membrane à se retirer en arrière. Si, malgré toutes les précautions, on a incisé l'iris, il ne faut pas trop s'effrayer de cet accident; car en définitive on aura seulement produit une pupille artificielle qui s'oblitèrera souvent seule au bout d'un certain temps, ou bien qui, si elle persiste, ne gênera pas la vision autant qu'on peut le croire. Il m'est arrivé plusieurs fois d'inciser ainsi l'iris dans l'opération de la cataracte par extraction, et je n'ai pas vu que les malades aient souffert de cette pupille artificielle; il vaut donc mieux, je crois, s'exposer à inciser l'iris et continuer l'opération, lorsque, malgré les frictions, on ne peut le forcer à se retirer en arrière, plutôt que de retirer le couteau pour achever ensuite l'opération avec des ciseaux, ainsi que cela a été conseillé.

Dans le second temps de l'opération, c'est à dire quand on ouvre la capsule, on a conseillé aussi diverses modifications à la méthode que je vous ai décrite comme la plus généralement admise. Ainsi, pour abréger l'opération, quelques chirurgiens, *Wenzel* surtout, recommandent d'ouvrir cette capsule avant d'avoir achevé la section de la cornée, en introduisant la pointe du kératotome dans la pupille au moment où elle passe devant cette ouverture. Cela peut se faire sans doute, mais il faut une habitude et une dextérité que tout le monde n'a pas; aussi est-il plus prudent de ne faire cette division de la capsule qu'après la section de la cornée. Cette manœuvre n'allonge pas beaucoup l'opération, et donne plus de sécurité. On peut, comme je vous l'ai dit, employer pour cette division la pointe du couteau, l'aiguille à cataracte droite ou courbe, le kystitome de *Boyer* : cela importe peu. L'aiguille à cataracte est l'instrument le plus simple et peut-être le plus commode pour la déchirure de la capsule. *Beer* a conseillé de nombreuses incisions dans tous les sens. Mais il y a à cela des inconvénients; car si les lambeaux nombreux, résultant de ces incisions multipliées, se rapprochent et retombent au centre de l'axe visuel, et deviennent opaques, il peut en résulter une cataracte secondaire. Je préfère donc une incision semi-lunaire à la partie supérieure de la capsule; la déchirure se fait alors de haut en bas, et le lambeau, résultat de cette déchirure, reste au dessous de la pupille. *Beer* conseille d'enlever cette capsule tout entière avec de petites pinces ou une aiguille. *Richter* le conseille aussi. Mais cette extraction de la capsule tout entière n'est pas une chose aussi facile qu'on veut bien le dire; en outre, on réussira mieux à diviser la capsule dans tous ces sens, à la fénêtrer en un mot, qu'à la détacher complètement et en masse : d'ailleurs, le feuillet postérieur de la capsule est fort difficile à séparer complètement du corps vitré. Ce feuillet postérieur est heureusement assez rarement

opaque. *Beer et Morenheim* conseillent, quand ce feuillet est opaque, de le saisir avec un crochet et de l'extraire. On peut dans ce cas suivre aussi le conseil de *M. Landrau* qui, dans le cas d'opacité du feuillet postérieur, veut qu'on le déchire en plusieurs sens avec l'aiguille, après l'extraction du cristallin, afin de livrer ses lambeaux à l'action dissolvante des humeurs de l'œil. Mais je ne regarde pas ce procédé comme prudent. Lorsque la cataracte est laiteuse ou purulente, on a conseillé de donner seulement issue au fluide que contient la capsule, ou de détruire seulement la capsule, afin de conserver en place le cristallin resté transparent? Ce conseil me semble bien extraordinaire. Car est-il possible de concevoir un cristallin sain, lorsque sa capsule est détruite? Ces raisons doivent donc le faire enlever, lors même qu'il serait encore transparent. Dans le *troisième temps* de l'opération, c'est à dire dans l'expulsion du cristallin, je vous ai dit qu'il n'y avait ordinairement rien à faire, parce que le plus souvent le corps opaque sortait seul. L'élasticité de la sclérotique, et peut-être aussi l'action des muscles droits, suffisent assez souvent pour chasser ce corps, qui se présente alors spontanément à la plaie aussitôt qu'on a retiré le couteau, ou peu de temps après. Mais quand cette sortie spontanée n'a pas lieu, il faut, avant d'avoir recours aux pressions que je vous ai décrites, conseiller au malade de mouvoir son globe de l'œil en haut, en dedans et en dehors; car ces mouvements déterminent souvent la sortie spontanée du cristallin. Un accident des plus fâcheux qui arrive dans le troisième temps de l'opération, c'est la sortie de l'humeur vitrée. Aussitôt qu'on s'en aperçoit, il faut de suite fermer les paupières et renverser la tête du malade en arrière. La perte d'une certaine quantité de l'humeur vitrée n'est pas suivie infailliblement, comme on le croyait autrefois, de la perte de la vision. Sans doute la perte de cette faculté et de l'œil lui-même est inévitable, quand la mem-

brane hyaloïde se vide en entier. Mais quand il n'y en a qu'une petite quantité qui s'écoule, il est digne de remarque que les chances de l'opération en sont augmentées plutôt que diminuées. La perte du quart et de la moitié même de ce liquide, ne doit pas faire désespérer du succès. S'il n'est pas démontré que l'humeur vitrée se reforme de nouveau après avoir été évacuée, il est certain que l'humeur aqueuse se reproduit et que les fonctions de l'œil se rétablissent.

L'opération de la cataracte par extraction, telle que je viens de vous la décrire, est, ainsi que vous le voyez, une opération assez compliquée. Afin d'abréger les divers temps qui la constituent et de la réduire enfin à sa plus simple expression, on a imaginé divers instruments qui exécutent à eux seuls et instantanément presque tous les divers temps de l'opération. C'est ainsi que ces instruments tiennent à la fois les paupières écartées, fixent le globe de l'œil, et achèvent d'un seul coup l'incision de la cornée. Tels sont les instruments de *Guérin* de Bordeaux, de *Dumont*, de *Guérin* de Lyon. Tous ces instruments plus ou moins ingénieusement construits, ont été abandonnés, et justement; car ce sont des forces aveugles qu'on doit éloigner avec soin d'un organe aussi délicat que l'œil. Les secousses qu'on imprime nécessairement en lâchant des ressorts mécaniques, la crainte de blesser ce qu'il importe de ménager, celle de faire une ouverture ou trop grande, ou trop petite, de couper tantôt trop loin de la sclérotique, tantôt trop près, ont effrayé les chirurgiens; et, malgré les succès qu'on prétend avoir obtenus à l'aide de quelques uns de ces instruments, auxquels on a fait subir diverses modifications, et particulièrement avec celui de *Dumont*, cette manière d'opérer la cataracte est complètement rejetée et avec raison de la pratique actuelle.

Kératotomie supérieure. Cette opération consiste à inciser la demi-circonférence supérieure de la cornée, au lieu de

l'inférieure. Lorsque la demi-circonférence inférieure est opaque ou altérée d'une manière quelconque, sa section devient quelquefois très difficile. La cornée, quoique saine, peut être très petite, de telle sorte qu'il est nécessaire d'en détacher plus de la moitié pour obtenir une ouverture assez grande, etc. C'est dans ces cas que l'on a conseillé la kératotomie supérieure (*Wenzel*, *Richter*). D'autres auteurs, *B. Bell*, par exemple, conseillent cette kératotomie supérieure dans les cas ordinaires, et prétendent qu'on a moins à redouter la sortie du corps vitré, et qu'on a une cicatrice moins gênante. *M. Jæger* a fondé sur elle une méthode générale, et lui accorde d'abord pour avantage principal de ne pas exposer l'incision au frottement du bord palpébral, ni des cils; il dit ensuite, que les larmes coulent plus facilement, que la plaie suppure moins souvent, et que la procidence de l'iris est moins fréquente Une difficulté assez grande dans cette opération, provenant de la tendance de l'œil à se porter en dedans, ou sous la paupière supérieure, *M. Jæger* a imaginé pour y obvier un kératotome particulier formé de deux lames un peu moins grandes l'une que l'autre, appliquées face à face, de manière à représenter un couteau de *Beer* ou de *Richter*, quand il est fermé. En pressant sur un bouton latéral, on en fait glisser la petite pièce sur la grande, comme si on ouvrait un canif à coulisse. La kératotomie supérieure a été souvent mise en usage en Angleterre par *Lawrence*, *Green*, *Tyrell*, *Alexandre.* En France *Dupuytren* et quelques autres l'ont aussi essayée. Je l'ai mise aussi en usage un assez grand nombre de fois, et je trouve que les avantages qu'on lui attribue sur la kératotomie inférieure sont plus imaginaires que réels. Elle expose peut-être moins à blesser l'iris, à la sortie du corps vitré, et au décollement de la plaie par le bord des paupières. Mais la manœuvre de tous ses temps est certainement plus difficile, et moins sûre que dans la kératotomie inférieure. C'est une méthode exceptionnelle et non

de choix applicable surtout aux cas d'opacité ou d'altération quelconque de la demi-circonférence inférieure de la cornée, en supposant même qu'alors il ne soit pas mieux de recourir à l'emploi de l'aiguille.

Manuel opératoire. La kératotomie supérieure peut être très bien faite avec les kératotomes ordinaires que je vous ai indiqués. M. *Graëfe* les croit préférables au kératotome double de M. *Jæger.* Je ne l'ai jamais, pour ma part, pratiquée avec d'autres instruments. Le malade et les aides sont placés comme dans la méthode ordinaire. Le chirurgien saisit le kératotome comme une plume à écrire, en tourne le tranchant en haut, et traverse la chambre antérieure, parallèlement à son axe transversal, en se conformant pour le reste de l'opération aux préceptes établis pour la kératotomie inférieure. Quand il emploie le kératotome double de M. *Jæger,* il le tient comme une plume à écrire, en tourne le tranchant en haut, traverse la chambre antérieure, puis il ramène le globe oculaire à sa position naturelle, l'abaisse même un peu s'il est nécessaire, et le fixe avec la pièce la plus large du couteau, pendant que l'autre lame, mise en jeu par le pouce de la même main, opère la section de la cornée, en glissant de sa pointe vers sa base. Le reste de l'opération se fait comme dans la méthode ordinaire.

Pansement après l'extraction de la cataracte. Il est à peu près le même que lorsqu'on a opéré par abaissement. On s'assure d'abord qu'il ne reste derrière la pupille aucun corps opaque qu'il faille extraire. On prescrit le repos absolu, l'absence de tout mouvement des yeux et de l'extrémité supérieure du tronc. La tête ne doit être que légèrement élevée, afin de ne pas favoriser par sa position verticale la sortie de l'humeur vitrée. Mais il n'est pas nécessaire pour prévenir cet accident de tenir la tête plus basse que les pieds, comme le recommandent certains oculistes. On soumet le malade à un régime plus sévère et plus prolongé que lorsqu'on a opéré par abaissement : on éloigne davantage

le premier pansement, et ce n'est qu'avec plus de précautions et plus tard qu'on expose l'œil à la lumière. On combattra avec énergie les accidents inflammatoires si facilement suivis dans cette circonstance de la fonte purulente de la cornée. Je ne reviendrai pas sur les détails du traitement à opposer en pareil cas : il ne diffère pas de celui que je vous ai décrit à l'occasion des suites de l'opération par la méthode de l'abaissement.

Examen comparatif des methodes de l'abaissement et de l'extraction de la cataracte. Je terminerai aujourd'hui (12 juin 1839), ce que j'ai à vous dire sur la cataracte, par l'examen comparatif des méthodes de l'abaissement et de l'extraction. Cette question toujours débattue et toujours indécise, est fort difficile à résoudre. Nous voyons, en effet, des hommes d'un égal mérite et d'une habileté incontestable, se déclarer les partisans ou les adversaires de l'une ou de l'autre méthode : ainsi pour l'extraction, *Wenzel*, *Richter*, *Beer*, *Demours*, *Boyer*, M. *Roux*, etc. etc.; pour l'abaissement, *Pott*, *Scarpa*, *Hey*, *Béclard*, *Dupuytren*, *Langenbeck*, etc., etc. C'est par l'examen des avantages et des inconvénients de chacune de ces méthodes, qu'il est possible d'arriver à une solution plus satisfaisante, qu'en examinant les résultats numériques de la méthode de prédilection de chaque opérateur.

L'*extraction* détruit sans retour le corps qui s'oppose à la vision. Cette opération laisse intact tout l'intérieur de l'œil; en effet, la rétine, la choroïde, le cercle ciliaire ne sont point lésés. Ce sont des avantages incontestables. Mais les suites de l'opération sont longues, l'inflammation assez vive, est rarement terminée avant le quinzième ou vingtième jour, assez souvent elle est violente et finit par la fonte purulente de l'œil. On peut blesser l'iris, déformer la pupille, faire sortir en partie ou en totalité le corps vitré : la plaie faite à la cornée peut se convertir en ulcère, il peut en résulter des procidences de l'iris, une atrophie du globe

oculaire, des taches plus ou moins étendues; enfin, la fonte purulente de la cornée est une terminaison qu'on observe malheureusement assez souvent.

Dans l'*abaissement* on a laissé, en déplaçant le cristallin, une cause permanente d'irritation dans l'œil, car il joue le rôle de corps étranger jusqu'à sa dissolution, et quelquefois cette dissolution n'arrive pas. On a vu des cristallins déplacés, rester des années sans éprouver la moindre altération. Sur douze malades dont j'ai examiné les yeux après la mort dans les hôpitaux, un an, deux ans, quatre ans après l'opération, le cristallin avait à peine diminué d'un cinquième chez le seul sujet où il fût sensiblement altéré. Chez les autres il avait fini, au moyen de quelques lames de la tunique hyaloïdienne, par contracter des adhérences avec un point de la rétine et de la choroïde, qui offraient elles-mêmes une sorte de nœud ou de cicatrice longue de trois lignes environ. Le cristallin déplacé peut remonter et amener ainsi une cataracte secondaire, et on ne doit jamais être rassuré à cet égard, puisque *Beer* l'a vu remonter au bout de vingt-six ans : il peut en résulter des iritis et des douleurs continuelles. Dans l'abaissement, on a blessé la sclérotique, la rétine, la choroïde, le corps vitré, souvent l'iris et le corps ciliaire. Tels sont les inconvénients de l'abaissement; mais dans cette méthode on n'a point à redouter l'issue du corps vitré, les ulcérations, les taches de la cornée, la procidence de l'iris, et la fonte purulente de l'œil est rare. L'inflammation produite par la piqûre est peu grave, et ordinairement se dissipe en peu de jours. Un autre avantage, c'est qu'on peut employer l'abaissement dans tous les cas, que cette opération peut être recommencée plusieurs fois sans danger, dans le cas où elle échoue, ce qui ne peut se faire dans l'extraction. On a refait l'opération six, sept fois et davantage. *Hey* l'a renouvelée treize fois sur chaque œil et a réussi.

Si on se contentait de cette simple énumération de ces

avantages et de ces inconvénients, on pourrait facilement trancher la question et décider que la méthode par abaissement est préférable à la méthode par extraction. Mais il faut un examen plus approfondi pour mieux juger la chose. Il est vrai que, dans la méthode de l'abaissement, la piqûre de la sclérotique, de la choroïde, de la rétine et du corps vitré, est peu douloureuse, que sous ce rapport il y a à peu près égalité entre elle et la section de la cornée. La blessure des nerfs ciliaires n'est pas grave, et peut d'ailleurs être évitée. La cataracte secondaire peut ne pas être plus fréquente, si on a convenablement déchiré la capsule. On peut, avec des soins et de l'adresse, ménager l'iris; le cristallin bien déplacé et bien enfoncé dans le corps vitré remonte difficilement, et d'ailleurs on a la ressource de recommencer l'opération, si elle a échoué. Mais soutenir que l'abaissement est plus facile, plus simple, que l'extraction, c'est une erreur. Il ne faut pas croire qu'il soit très facile de passer l'aiguille entre la face postérieure de l'iris et la capsule cristalline, de bien ouvrir la capsule, de ne pas embrocher de prime abord le cristallin, de bien abaisser ce corps opaque, de l'empêcher de se dévier, et de le contenir dans un point de l'œil où il ne gêne point la vision. Pour bien abaisser un cristallin, il faut autant d'adresse que pour bien faire une extraction, et je suis tenté de croire, après avoir fait un mûr examen de la chose, que si beaucoup de gens préfèrent l'abaissement, c'est moins à cause de sa simplicité apparente, que parce que cette méthode ne laisse pas aussi clairement voir leurs fautes que la méthode par extraction.

Aux inconvénients que je viens de vous signaler, ajoutons encore les iritis chroniques ou aiguës, les resserrements et les oblitérations complètes de la pupille. Un autre accident qui arrive assez souvent à la suite de la dépression, c'est l'amaurose. Les malades semblent avoir recouvré la vue, et l'ont recouverte en effet; mais ils ne

la conservent que pendant un mois ou deux; elle s'affaiblit par degrés, et, en moins d'une année, ils la perdent tout à fait. J'ai vu un assez grand nombre de cas de cette espèce.

Après l'abaissement, il se forme presque toujours, ou bien il reste des parcelles plus ou moins opaques au devant du corps vitré. Après l'extraction, cet accident est beaucoup plus rare.

Le *broiement*, sans présenter des dangers immédiats, n'est cependant pas sans inconvénients; car le cristallin qui souvent ne se dissout pas, demeure un obstacle continuel à la vision qui ne s'exerce alors que d'une manière très incomplète.

La *kératonyxis* a des inconvénients que nous avons signalés assez au long, et qui ne peuvent la faire adopter que comme méthode exceptionnelle.

Ces désavantages de la méthode par abaissement la rendent en définitive une opération moins complète que celle par *extraction*. Quand cette dernière réussit, elle rétablit mieux la vision que l'abaissement le plus parfait et le plus exempt de complications fâcheuses. Le résultat immédiat et définitif est plus satisfaisant; mais de nombreux inconvénients compensent cet heureux résultat. Ainsi, la section de la cornée est, comme vous l'avez vu, une partie fort délicate de l'opération; elle expose à la sortie du corps vitré, à la blessure de l'iris, à son décollement, à sa procidence. Les suites de l'opération sont plus redoutables que par l'abaissement; il y a une inflammation plus violente, il peut en résulter la fonte purulente de la cornée, son opacité, la fonte de l'œil lui-même.

En somme, les dangers de l'extraction sont plus grands, il faut l'avouer, que ceux de l'abaissement. Ceux de cette dernière méthode sont plus nombreux et moins graves; mais ses résultats comme cure définitive, sont moins complets.

Au surplus il y a des circonstances qui doivent déterminer le choix de la méthode. Ainsi l'abaissement paraît

devoir l'emporter chez les sujets indociles et chez les enfants, il faut l'employer aussi chez ceux qui ont les yeux petits et enfoncés, lorsque la cornée présente des taches, qu'elle est petite ou aplatie, que les paupières ou la conjonctive sont malades depuis longtemps, qu'on a lieu de craindre une vive inflammation des annexes de l'œil, que la cataracte est liquide, la pupille resserrée, l'iris adhérent à la cornée, l'œil très saillant et très irritable. L'extraction présentera de plus grands avantages chez les vieillards et même chez les adultes, si la chambre antérieure est large, le cristallin très dur, la cataracte membraneuse, l'œil très sain et peu sensible. Quant à la procidence de l'iris qui survient assez souvent après l'opération de la cataracte par extraction chez les vieillards, à cause du peu de promptitude que la cornée met chez eux à se cicatriser, elle se traite par l'emploi des frictions répétées sur la paupière supérieure, ou de la belladone s'il n'y a pas d'adhérences, et par les cautérisations répétées avec le nitrate d'argent dans le cas contraire.

Vous avez pu voir, Messieurs, combien cette question de la supériorité d'une méthode sur l'autre est difficile à résoudre, et qu'en admettant même qu'elle ne soit pas insoluble dans sa nature, que ses éléments en sont bien difficiles à apprécier. A cette occasion je vous engagerai à ne pas regarder comme des arguments décisifs les résultats numériques annoncés par les oculistes ou les chirurgiens qui pratiquent très souvent l'opération de la cataracte. Quand un opérateur a fait choix d'une méthode dont il a l'habitude, sa prédilection l'abuse toujours plus ou moins, et le rend le plus souvent impropre à juger les méthodes opposées. *Dupuytren* avait adopté exclusivement l'abaissement, et il en obtenait beaucoup de succès; rien ne prouve qu'il eût été moins heureux si, dès les commencements de sa pratique, il s'était attaché à faire prévaloir l'extraction. *M. Roux* emploie presque toujours depuis un grand nombre d'années l'extraction, et ses résultats sont aussi bril-

lants qu'étaient ceux de *Dupuytren*. Qui vous dit qu'il n'en aurait pas eu autant s'il avait adopté exclusivement la méthode par abaissement ? (1)

Maintenant supposez que vingt des plus habiles chirurgiens de l'Europe n'opèrent que par extraction, tandis que vingt autres pris au hasard aient toujours recours à la dépression ; parce que la pratique des premiers fournira une plus forte proportion de succès que celle des seconds, admettrez-vous pour cela nécessairement que l'extraction est préférable à l'abaissement ?

Quant à moi, dans les hôpitaux où j'ai suivi tantôt l'extraction par en haut ou par en bas, tantôt l'abaissement par divers procédés, je ne sais véritablement pas encore à quelle méthode je dois attribuer le plus d'avantages ou d'inconvénients. En ville l'extraction réussit évidemment mieux. Je crois donc que dans les circonstances où les deux méthodes pourraient être indifféremment tentées, l'extraction est préférable, mais que dans les autres cas, et je vous les ai indiqués tout à l'heure, c'est tantôt l'une et tantôt l'autre qui doit être adoptée.

(1) *Dupuytren* sentait fort bien lui-même que la solution de cette question sur la supériorité d'une méthode sur l'autre était très difficile. Voici comment s'expriment à ce sujet les rédacteurs de ses *Leçons orales* (2e édit., t. III, p. 286).

« Les uns veulent que la cataracte soit toujours faite par extraction, ceux-ci préfèrent la méthode par abaissement, quelques uns préfèrent la kératonyxis. La question n'est donc pas aussi simple qu'elle le paraît d'abord, car il faut reconnaître que chaque praticien a une prédilection pour sa méthode ; aussi est-il presque toujours impossible de rien conclure d'après l'expérience d'un seul. Il est rare, d'ailleurs, que le chirurgien, indépendamment de son opinion particulière, n'ait pas acquis une plus grande dextérité dans la méthode qu'il a choisie. Les circonstances environnantes sont aussi pour beaucoup dans le succès des opérations, surtout dans la cataracte, et sous ce rapport un hôpital ne présente point rigoureusement les mêmes avantages et les mêmes inconvénients qu'un autre. Enfin, et cette considération est la plus importante de toutes, la variabilité des complications est un éternel obstacle à une exacte comparaison entre les méthodes les plus employées, et le tableau ne peut s'établir qu'approximativement.

ARTICLE V.

VARICES ET VARICOCÈLE.

1° *Varices* (1).

Parmi les maladies que vous avez l'occasion d'observer cette année, les plus fréquentes ont, sans contredit, été les varices des membres inférieurs. Nous avons reçu dans nos salles pendant cette année scholaire 1837-1838, trente-sept individus, dont trente hommes et sept femmes, atteints de cette maladie aux membres inférieurs. Vous avez donc eu assez d'occasions d'étudier cette maladie contre laquelle j'ai employé un mode de traitement qui, sous beaucoup de rapports, a dû nécessairement fixer votre attention.

Les varices constituent une maladie sinon dangereuse, au moins fort incommode, de la difformité, des ulcères, des hémorrhagies, des inflammations plus ou moins dangereuses, enfin, des complications qui ont forcé de tout temps la chirurgie à s'occuper d'elles. Les varices des membres inférieurs ont à peu près seules fixé l'attention, cependant toutes les autres parties du corps peuvent en être le siége, quoique bien plus rarement. C'est ainsi qu'on cite plusieurs observations de cette maladie siégeant aux membres supérieurs. *Wedel*, entre autres, parle de varices des membres supérieurs, et qui en se rompant spontanément, ont donné lieu à des hémorrhagies dangereuses. J'ai vu chez deux individus les bras, les avant-bras et les mains couverts de bosselures variqueuses. L'année dernière (1837),

(1) Leçon du 11 août 1838.

j'ai vu dans cet hôpital un jeune homme qui avait un peloton de varices aussi grosses que le poing, entre l'angle maxillaire et la clavicule du côté droit. J'ai vu une jeune demoiselle qui avait une varice du volume du pouce sous l'arcade sourcilière. Sur un homme j'en ai vu une autre assez volumineuse sur le trajet de la suture sagittale, et qui semblait dépendre du sinus longitudinal. M. *Champion*, de Bar, m'a dit avoir vu une demoiselle qui avait sous la langue une veine variqueuse du volume du pouce. On en a rencontré sur d'autres points du crâne, et sur la veine jugulaire; celles du nez, des paupières, et des autres parties du visage, sont très communes. Mais c'est principalement aux membres inférieurs et aux organes génitaux qu'elles siégent de préférence. A l'hypogastre, les varices acquièrent quelquefois un volume énorme, en s'enlaçant et se repliant à la manière des sangsues gorgées de sang. Les veines de l'intérieur du corps deviennent aussi variqueuses, c'est ainsi qu'on cite des varices des veines-caves, azygos, sous-clavières, etc., etc.

Je ne vous entretiendrai pas des causes, des signes et des terminaisons des varices. Ce point de la science doit vous être bien connu. Je ne m'occuperai aujourd'hui que du traitement qui présente un grand intérêt, et forme une question actuellement à l'ordre du jour. Il ne sera question d'abord que des varices des extrémités inférieures. Plus tard nous parlerons des varices des organes génitaux, c'est à dire du varicocèle.

Il y a deux modes de traitement des varices : la cure radicale et la cure palliative. Les topiques astringents et résolutifs, les bandages compressifs employés par les anciens, et uniquement encore par la plupart des chirurgiens, sur toute l'étendue du membre, constituent principalement la cure palliative. Diverses opérations chirurgicales sont destinées à amener la cure radicale.

Les anciens eurent recours pour obtenir cette dernière,

à l'*acupuncture*, à la *cautérisation*, à la *compression*, à l'*excision*, à la *ligature*, à l'*incision*, à la *section*, et à la *résection*.

Acupuncture. Cette opération, conseillée par *Hippocrate*, *Ambroise Paré*, *Dionis*, *J. L. Petit*, etc., etc., consiste à inciser en long et plus largement que dans la phlébotomie les varices, à les vider du sang liquide et des caillots qu'elles contiennent. D'autres auteurs ont seulement conseillé de pratiquer sur elles des piqûres avec une aiguille d'or ou d'argent pour en vider le sang. Mais cette manière d'opérer les varices est très peu efficace.

Cautérisation. Pour pratiquer la cautérisation, les anciens mettaient à découvert la veine, la soulevaient, la liaient sur deux points, en mettant une distance de trois travers de doigt, entre chaque ligature. Ils coupaient ensuite la veine en travers dans l'intervalle des ligatures. On dénouait ensuite la ligature inférieure, on faisait sortir par des pressions exercées de bas en haut avec la main tout le sang et les caillots qui y étaient contenus. Ils cautérisaient ensuite le bout supérieur du vaisseau et même toute l'étendue de la plaie soit avec un fer chaud, soit avec l'arsenic. Telle est la méthode conseillée par *Avicenne*. *Celse* avait déjà parlé de la cautérisation. *Bidloo* guérit une grosse varice par la cautérisation; *Bayrus* dit qu'il guérit par la cautérisation de la veine frontale une varice qui imitait, dit-il, la goutte rose. *M. A. Séverin* cautérisait les varices avec le fer rouge (1).

(1) *M. Bonnet*, chirurgien en chef de l'hôpital de Lyon, a cherché dans ces derniers temps à tirer de l'oubli la méthode de la cautérisation; il a publié dans les *Archives* (n. de mai et de juin 1839) un mémoire sur l'emploi de la potasse caustique dans le traitement des varices des membres inférieurs. Suivant M. Bonnet, l'application de la potasse caustique sur les veines n'expose pas à la phlébite. Ce résultat, s'il était constant, donnerait, sous ce rapport au moins, à cette méthode une supériorité décidée sur toutes celles qui ont pour but l'oblitération des veines. M. *Bonnet* regarde ce

Compression. Les anciens employèrent la compression pour la guérison des varices. *Avicenne* semble être le premier qui ait particulièrement appliqué la compression méthodique depuis le pied jusqu'au genou pour la guérison de celles des jambes. *Dionis* pense que le bandage roulé en forme de bottines est préférable à tous les autres moyens. C'était aussi l'opinion de la plupart des chirurgiens de nos jours, quand on est revenu dans ces derniers temps à pratiquer des opérations sur les veines pour guérir les varices. Quand on traite celles des jambes par compression, on enveloppe généralement tout le membre avec un bandage roulé ou des bandelettes résolutives se recouvrant les unes les autres, ou un bas lacé en coutil, ou en peau de chien, afin que la totalité des veines soit soutenue d'une manière égale. La compression doit être

moyen comme ne devant pas être employé chez les vieillards âgés de plus de soixante ans. Il explique les insuccès chez eux par la difficulté de la coagulation du sang et de la production de l'inflammation adhésive. Mais au-dessous de soixante ans, M. *Bonnet* dit avoir obtenu des succès qui plaident beaucoup en faveur de la méthode qu'il préconise pour la guérison des varices des jambes, quand on l'emploie sur les adultes. Il en excepte toutefois les individus chez lesquels les veines saphène externe et interne sont à la fois dilatées. Il a observé, dit-il, dans ce cas, que tandis que la potasse appliquée sur la saphène interne donnait lieu à l'oblitération de cette veine, la saphène externe acquérait un plus grand volume, de sorte que c'était seulement substituer une maladie à une autre. Même observation avait été faite sur les résultats de l'incision et de l'excision des veines variqueuses par *Vacca Berlinghieri*. M. *Laugier* (*Bulletin chirurgical*, n. I, p. 7) se demande pourquoi on ne pratiquerait point alors la cautérisation à la fois sur la veine saphène externe et sur la saphène interne. M. *Bonnet* fait simplement l'application de la potasse caustique sur la peau et au moins dans deux points du trajet du tronc de la veine variqueuse. On met ces morceaux de potasse à la distance de trois ou quatre pouces les uns des autres. A la potasse caustique M. *Laugier* propose de substituer la pâte de Vienne, comme agissant plus promptement et plus profondément que la potasse caustique, qui, dans le système de M. *Bonnet*, n'atteint pas toujours le vaisseau par une première application, ce qui oblige à y revenir une seconde fois. M. *Laugier* veut en outre qu'on incise la peau sur le trajet de la veine et qu'on applique immédiatement la pâte sur le vaisseau.

régulière, uniforme, et exercée non seulement sur les varices et sur leur tronc principal, mais encore sur toute la surface du membre variqueux. Cependant je tiens de *M. Colles* de Dublin, qu'au lieu de comprimer d'une manière uniforme sur toute l'étendue du membre, il se borne à comprimer fortement la saphène interne au pli de l'aine, à l'aide d'une sorte de cercle à pelotte, et il affirme qu'il guérit ainsi ses malades. Je n'ai point encore osé essayer cette méthode de M. *Colles*, parce qu'elle me semble tout à fait contraire à ce que nous savons sur la marche connue des varices (1).

Excision, extirpation. L'excision était faite par les anciens de diverses manières. *Ali Abas*, par exemple, incisait d'abord les varices, puis les arrachait. *Celse* (2) unissait la cautérisation à l'excision ou extirpation. C'est ainsi que l'opération fut pratiquée sur le célèbre *Marius*, qui après s'être laissé opérer de cette manière une jambe, refusa de présenter l'autre, qui était également couverte de varices, en disant que le remède était pire que le mal. *Galien* pratiquait à la fois l'excision et la ligature. L'excision simple ou combinée est une méthode très douloureuse et non sans danger; car elle expose à des hémorrhagies, à des phlébites, à des inflammations phlegmoneuses, etc., etc., elle peut être utilement remplacée par des procédés beaucoup

(1) *Dupuytren* recommandait, quand on avait recours à la compression contre des tumeurs variqueuses anciennes et volumineuses, de prendre certaines précautions indispensables pour prévenir des accidents quelquefois très graves. Plus d'une fois, dit *Dupuytren*, nous avons vu le sang se porter vers les parties supérieures, déterminer de l'oppression, des étourdissements, et souvent des congestions sanguines vers le cerveau ou la poitrine, congestions qui mettent le malade dans un grand danger; aussi, avant d'ordonner la position horizontale continuée, la compression ou tout autre moyen local, avons-nous pour habitude de faire pratiquer une ou plusieurs saignées du bras, pour désemplir le système veineux général. (*Lecons orales*, 2. édit., t. III, p. 249.)

(2) De varicibus. *Igitur vena omnis quæ noxia est, aut adusta tabescit, aut manu excidetur.* Chap. 31, livre 7.

plus simples, et n'est plus employée maintenant. On pourrait tout au plus y avoir recours, suivant le conseil de *Boyer*, pour des varices énormes, formant de gros peletons très difformes et très incommodes, ainsi qu'on en voit aux jambes de quelques individus; mais il faut pour cela que les pelotons variqueux soient en quelque sorte isolés, séparés du système veineux principal du membre, ou qu'ils n'aient avec lui que de très petites communications. C'est dans des circonstances semblables que cette opération fut pratiquée par *Boyer* avec un plein succès.

Ligature. Elle a été très anciennement mise en usage, et *Dionis* a longuement insisté à ce sujet; elle a été surtout vantée et pratiquée par *Everard Home* en Angleterre, et par *Béclard* en France. Le procédé qu'employait *Béclard* était le suivant. Il faisait sur un point de la peau où le tronc de la veine était unique et superficiel, un pli qu'il coupait jusqu'à sa base; le tronc de la veine était mis à découvert, et il passait dessous un stylet aiguillé, et portant un fil comme pour la ligature d'une artère. Il serrait le fil, faisait un nœud ordinaire, et coupait la veine immédiatement au dessus de la ligature. Un autre procédé consiste à couper d'un seul coup la peau et le tronc de la veine, à saisir ensuite avec des pinces le bout inférieur et à le lier. Dans les deux procédés, on réunit la plaie, par première intention, et on prescrit le repos au malade jusqu'à la guérison. Cette méthode de la ligature des veines a été mise en usage par beaucoup de chirurgiens, par MM. *Smith, Travers, Bulknow, Physick, Dorsey, Dupuytren*, etc., etc. *Béclard* n'a observé, dit-on, aucun accident grave que dans deux cas, sur une soixantaine d'individus qu'il a opérés comme je viens de vous le dire. M. *Gagneles* a modifié la ligature de la manière suivante. Il fait une simple piqûre à la peau, et passe autour de la veine une ligature sans faire de section au vaisseau. *Chaumette* (1) avait déjà employé ce

(1) *Enchiridion de chirurgie*, liv. I, ch. 58, p. 278.

moyen, *Degoucy* liait le tronc veineux au dessous des varices, et dit s'en être bien trouvé. *Lombard* (1) fit aussi la ligature au dessous des varices, à quelques millimètres d'elles, en passant une aiguille courbe sur la veine; il mit ensuite une compresse pliée en quatre le long du vaisseau pour supporter le nœud de la ligature; puis il ouvrit la varice, la vida, et pansa la plaie avec de la charpie trempée dans de l'alcool.

La ligature des troncs veineux réussit quelquefois à guérir les varices, mais souvent aussi elle échoue. De nombreuses observations prouvent que la maladie se reproduit (2).

D'un autre côté, si *Béclard* a été assez heureux pour ne pas voir d'accidents graves se développer à la suite de la ligature; il est certain que d'autres praticiens ont vu des phlébites mortelles se déclarer à la suite de cette opération qui paraît si simple et tout à fait innocente au premier abord. Ces dangers et les récidives à la suite de l'opération, ont fait abandonner la ligature, et dès 1820 (3) *Vacca Berlinghieri* trouvant que les inconvénients des opérations pratiquées sur les veines d'après les diverses méthodes et procédés connus, surpassaient les avantages qu'on pourrait en espérer, il aima mieux y renoncer, et ne voulut plus en pratiquer pour en obtenir la cure.

La disposition anatomique des veines superficielles peut rendre compte des phénomènes qu'on observe à la suite de la ligature de ces troncs veineux et du retour de la maladie, pour laquelle on a pratiqué cette opération. Arrêtons-nous un instant sur ce point.

(1) *Clinique des plaies*, p. 248.

(2) *Dupuytren*, pour guérir les varices des jambes, liait la veine saphène au-dessus du genou et au niveau de la malléole. Les varices se trouvaient ainsi entre deux ligatures. Dans quelques cas il a guéri tout à fait les malades, dans d'autres la maladie s'est reproduite, quelquefois il n'y a eu aucune amélioration dans l'état des malades, et les varices ont persisté.

(3) *Valentin*, Voyage médical en Italie.

Aux membres inférieurs, comme aux autres parties du corps, le système veineux est formé de veines profondes et de veines superficielles. Je n'ai rien à vous dire des veines profondes. Les superficielles doivent seules nous occuper ici : ce sont, comme vous le savez, la saphène interne et l'externe. Elles rapportent le sang des orteils, de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. La veine externe ne communique avec les veines profondes qu'au dos du pied et derrière la malléole externe. Il n'en est pas de même de la saphène interne qui a de nombreuses communications avec les veines profondes au pied, à la jambe et à la cuisse. Ainsi au pied elle communique avec la veine plantaire interne; à la jambe elle communique en dedans et en arrière avec la veine tibiale postérieure. On voit plusieurs de ses branches traverser l'insertion du muscle soléaire au tibia, et se rendre dans cette veine tibiale postérieure. En avant et en dehors, une ou plusieurs grosses branches traversent l'aponévrose, passent entre les muscles antérieurs de la jambe, et se terminent dans la veine tibiale antérieure. A la cuisse, à deux ou trois pouces au dessus du genou, il y a toujours des branches profondes variables sous le rapport du volume et du nombre, et qui font communiquer ensemble la saphène interne et la crurale. Il y en a d'autres enfin à la partie supérieure, comme vous le savez tous. Quand on fait un peu attention à ces dispositions anatomiques, il est facile de se rendre compte du résultat de la ligature des saphènes. En effet, vous comprendrez que les anastomoses du pied placées au dessous du point où siègent ordinairement les varices, sont utiles dans cette opération en permettant au sang de se porter des veines superficielles dans les profondes, sans passer par les veines dilatées, mais que les anastomoses de la jambe placées au niveau et au dessus des varices, nuisent à son succès, car elles favorisent la circulation collatérale, et permettent au sang de passer des veines variqueuses dans les veines pro-

fondes. La circulation continue, l'oblitération qu'on s'était proposée d'obtenir n'a pas lieu, le résultat est absolument le même à la cuisse.

Quand la veine saphène interne est arrivée au niveau du genou, elle forme ordinairement un seul tronc, provenant de la réunion de ses diverses branches ; elle remonte le long de la face interne de la cuisse jusqu'à l'ouverture du canal crural, après avoir reçu deux branches venant de la cuisse, l'une antérieure et externe, l'autre postérieure et interne. Souvent on rencontre deux veines saphènes internes marchant parallèlement l'une à l'autre jusqu'à ce qu'elles se plongent dans la veine crurale. *M. Cruveilhier* a même vu trois saphènes internes, l'une était formée par les veines du pied et de la partie interne de la jambe, l'autre par celles du genou et de la région antérieure de la cuisse, et la troisième par celles de la partie postérieure de cette région. Ces trois veines saphènes venaient s'ouvrir isolément dans la veine crurale. On conçoit facilement que si on avait lié un seul de ces troncs sur un individu atteint de varices, on n'aurait pas interrompu la circulation. *M. Huguier* (1) a vu à la jambe la veine saphène interne formée de deux branches égales qui se réunissaient au niveau du condyle interne du fémur, pour se séparer de nouveau et ne plus se réunir qu'à quelque distance de l'ouverture inférieure du canal crural. C'est une disposition que *M. Cruveilhier* a également observée.

Quelquefois les branches crurales antérieure et postérieure naissent de la jambe, s'anastomosent avec des rameaux jambiers de la grande saphène elle-même, ainsi qu'avec les rameaux supérieurs de la veine saphène externe avant sa terminaison. Sur d'autres sujets on voit naître de la partie antérieure et supérieure de la jambe une grosse branche que *M. Huguier* a nommée *tibio-fémo-*

(1) Thèse du concours, 1835.

rale, et qui, étant arrivée à la partie interne du genou, se place au devant de la saphène interne dans laquelle elle se jette à quatre ou cinq pouces de l'articulation tibio-fémorale. Ce même anatomiste a vu la veine saphène externe, parvenue au creux du jarret, se diviser en deux branches égales, dont l'une allait se jeter dans la poplitée, et l'autre remontait le long de la partie postérieure de la cuisse, puis se contournait en dehors, pour arriver à la région antérieure de ce membre, et se jeter ensuite dans la saphène interne à un demi-pouce de sa terminaison.

Ces anastomoses sont un obstacle presque insurmontable à l'interruption de la circulation, quand on a lié la saphène interne. Elles expliquent très bien les récidives, après une guérison plus ou moins longue, ou bien la persistance de la maladie qui n'éprouve aucun changement, ou même son augmentation (1).

Les valvules placées à la face interne des veines sont moins nombreuses dans la portion jambière de la saphène interne, que dans sa portion crurale. Cette disposition facilite le rétablissement de la circulation entre elle, la saphène externe et les veines profondes.

N'a-t-on pas d'ailleurs observé très souvent l'oblitération des troncs veineux principaux du membre inférieur, de la veine iliaque, externe, de la crurale, etc.? Cependant la circulation s'était toujours continuée sans trouble à l'aide des anastomoses.

Incision. Les incisions larges et étendues des tumeurs

(1) Ainsi que l'a vu *Ev. Home* lui-même. Cet auteur rapporte en effet l'observation d'un individu chez lequel la maladie continua à s'accroître après l'opération. Chez un autre malade, la maladie reparut quinze mois après la ligature de la saphène, non seulement à l'endroit occupé par les anciennes varices, mais il s'en manifesta de nouvelles au niveau du point lié, et il y eut une rupture d'une veine variqueuse sur la cicatrice de l'ancien ulcère. *Hodgson* rapporte aussi plusieurs observations qui démontrent l'inutilité de la ligature des veines pour guérir les varices.

variqueuses ont été employées pour guérir ces maladies. *J. L. Petit* les avait déjà préconisées. *M. Richerand*, qui a renouvelé cette méthode, les pratique de la manière suivante : il choisit le point du membre où les varices se trouvent réunies en plus grand nombre ; avec un bistouri convexe et bien tranchant il les incise profondément dans l'étendue de deux, quatre, six et même huit pouces. On extrait ensuite les caillots par la pression ; lorsque tout est bien vidé et nettoyé, on panse les plaies avec des plumasseaux de charpie enduite de cérat, ou bien avec du linge troué couvert de cérat et on met de la charpie par dessus. On laisse les choses dans cet état pendant trois ou quatre jours. Alors on panse ces plaies à plat comme des plaies simples. Je ne vois pas trop à quoi peuvent servir de pareilles incisions qui ont réellement quelque chose d'effrayant pour les malades, et malgré les succès que *M. Richerand* dit en avoir eus, ainsi que *Béclard*, cette méthode qui pourrait être d'ailleurs suivie d'inflammation violente, d'abcès, de phlébite, etc., etc., est abandonnée maintenant.

Section. La section des veines sur un point du tronc affecté de varices, ou sur ses branches principales, est une opération moins longue et plus facile que la ligature. On la pratique de plusieurs manières, soit en faisant une incision transversale qui intéresse à la fois la peau et la veine, ou bien en incisant la veine seulement, en plongeant à plat entre la peau et la veine un bistouri très étroit, et en tournant ensuite contre cette dernière le tranchant un peu concave de l'instrument vers le vaisseau que l'on divise en retirant le bistouri. De cette façon on n'a fait qu'une simple piqûre aux téguments. C'est le procédé de *Brodie*, qui l'a imaginé dans le but de prévenir l'introduction de l'air dans les veines. J'ai mis en usage un grand nombre de fois la section transversale de la peau et de la veine, à l'hôpital Saint-Antoine et à la Pitié. J'ai eu plusieurs cas de phlébite, qui chez l'un de mes opérés, s'est

terminée par la mort. Mais dans la grande majorité des cas la guérison a eu lieu sans peine. Le manuel de l'opération est fort simple. La jambe et la cuisse étant dans le relâchement, le chirurgien fait à la peau un pli dans lequel se trouve contenu le tronc de la veine qu'on veut couper. Il tient ce pli par l'une de ses extrémités avec le pouce et l'indicateur d'une main, pendant qu'un aide en soulève l'autre extrémité de la même manière ; il passe à travers la base de ce pli un bistouri bien tranchant et fait la section de dedans en dehors d'un seul coup ; il pratique ainsi une ou plusieurs sections des troncs veineux qui semblent provenir des tumeurs variqueuses. On laisse couler le sang pendant un certain temps et suivant la force du sujet. Puis on remplit la plaie de boulettes de charpie avant de la couvrir de plumasseaux enduits de cérat et de compresses maintenues par un bandage roulé, modérément serré. Ce mode de pansement a pour but d'empêcher la réunion immédiate de la plaie et le rétablissement de la continuité de la veine. On peut faire cette section sur tous les points de la jambe. Si les varices dépendent des veines de la saphène *externe*, c'est le tronc de cette dernière qu'on va chercher au voisinage du jarret. Il faut se souvenir que la saphène *externe* est souvent composée de deux branches principales : une ascendante qui appartient à la jambe, l'autre descendante qui lui vient de la région postérieure de la cuisse, branches qui se réunissent pour former un tronc commun dans le creux poplité.

Lorsque les varices siégent sur les branches de la veine *saphène interne*, c'est au dessous du genou, vis à vis de la patte d'oie et au dessus du condyle interne du fémur que la section doit être pratiquée. Pour être plus sûr du succès on incise chaque tronc veineux sur les divers points de la jambe, sans quoi les anastomoses nombreuses des veines du membre inférieur ramèneraient le sang dans les varices, et le fruit de l'opération serait perdu.

Quant au procédé de *Brodie*, s'il prévient l'entrée de l'air dans la veine, crainte que l'on doit du reste regarder comme chimérique sur les veines du calibre de celles sur lesquelles on opère cette section aux membres inférieurs, il ne met pas plus que l'autre à l'abri de la phlébite et des érysipèles phlegmoneux; il est d'ailleurs moins sûr, car il expose à couper incomplètement la veine, et est plus difficile à exécuter. Ces raisons me semblent suffisantes pour vous conseiller d'employer l'autre dans le cas où vous voudriez avoir recours à la section transversale des veines.

La *section de la veine* suivie de sa *résection*, dans une étendue d'un ou deux pouces, est une méthode fort ancienne et qui a été mise en usage par *Celse*, *Paul d'Egine*, *Albucasis*, *Avicenne*, etc., et qu'on a ressuscitée dans ces derniers temps (1). On a dit que dans la section simple de la veine, les extrémités du vaisseau ne se rétractant point sous les lèvres de la plaie faite aux téguments, elles restaient exposées au contact de l'air, à l'action des corps étrangers, et que la phlébite était alors plus prompte, plus facile et plus dangereuse. De là, le conseil d'exciser une portion de ces extrémités pour les soustraire à ces causes d'inflammation (2).

Ces craintes me semblent exagérées : la section simple ne me semble pas exposer plus que la résection à la phlébite, mais comme amenant la cure radicale des varices, elle n'a aucune supériorité. La récidive a lieu avec cette méthode comme après celles que je vous ai indiquées. Vous en avez la preuve sur un des malades que je vais opérer aujourd'hui (3 avril 1839), devant vous par la méthode des épingles. Il a été traité à l'hôpital de la Pitié par M. *Lisfranc* qui a fait la section de la sa-

(1) MM. *Ricord*, *Lisfranc*.

(2) M. *Ricord* a fait cett eopération treize fois. Douze malades guérirent sans avoir éprouvé d'acciden tssérieux; le treizième mourut d'une phlébite.

phène interne et la résection de cette veine dans une assez grande étendue, vous voyez sur lui les traces de cette opération; une large cicatrice longue de plus de deux pouces au dessus de la partie interne du genou. Cette opération n'a eu aucun succès sur lui. À peine sorti de l'hôpital, ses varices sont revenues comme avant l'opération (1).

Par toutes les méthodes et procédés que je vous ai signalés jusqu'à présent, *cautérisation, ligature, excision, section, résection*, on cherche évidemment à atteindre un but qui est toujours le même, l'oblitération des veines. Sans doute, chacun de ces moyens peut arriver à ce résultat. Mais la question est de savoir quel est celui qui cause le moins de douleur et expose à moins de dangers. Il est certain que la section transversale simple, suivie du pansement que je vous a décrit, peut atteindre ce but tout aussi bien que la ligature, l'excision, la cautérisation, etc., etc. Elle est facile, prompte et peu douloureuse. La ligature n'interrompt pas mieux que la section, la circulation. Le procédé de *Brodie* expose à des épanchements sanguins, à des phlegmons, à des abcès. Les longues incisions, suivant la méthode de *J. L. Petit* et de M. *Richerand*, constituent des remèdes pires que le mal lui-même. Quant à l'excision, suivant la mé-

(1) L'excision d'une portion étendue du tronc veineux doit être, il faut en convenir, le moyen qui offre le plus de chances comme méthode curative et durable, en déterminant non seulement l'oblitération d'un plus grand nombre de veines, mais une oblitération plus étendue le long de ces vaisseaux. *Béclard* avait opéré en 1822, par la ligature de la saphène, un homme atteint de varices nombreuses à la jambe. L'opération parut réussir d'abord, mais la maladie revint bientôt aussi forte et même plus forte qu'auparavant. Ce malade se présenta à l'hôpital St-Louis en 1834, quand M. *Guersent* fils en faisait le service par intérim. Il lui proposa l'excision d'une portion de la saphène et lui en enleva trois pouces. Le malade guérit. Il reste à savoir si la guérison sera durable. M. *Jules Cloquet* rapporte encore un fait en faveur de cette opération. Un homme fut opéré pour une tumeur cancéreuse qu'il portait en dedans du genou droit : la grande saphène fut emportée avec la tumeur, et depuis cette époque les nombreuses varices qui couvraient la jambe du malade disparurent. (M. *Huguier*, thèse du concours, 1835.

thode de *Celse*, et comme l'a pratiquée *Boyer*, je vous ai dit qu'on ne l'employait que par exception, et quand les varices formaient des masses douloureuses, isolées, circonscrites ou dégénérées.

Les inconvénients, les douleurs et les dangers de toutes les opérations pratiquées sur les veines pour obtenir la cure radicale des varices, ont fait penser à bon nombre de chirurgiens qu'il fallait s'en abstenir, et qu'on devait se borner à l'emploi de la compression au moyen de bas lacés et de bandages roulés, bien méthodiquement appliqués. Aussi, depuis un certain nombre d'années, on avait à peu près abandonné toutes ces opérations : on n'avait plus guère recours qu'à la compression, orsque des procédés plus simples que ceux que je vous ai décrits, et qui sont pour la plupart nés des expériences que j'avais faites et publiées sur l'acupuncture et la ligature des vaisseaux, ont rappelé l'attention des praticiens sur le traitement radical des varices par des opérations. Il s'agit toujours ici d'obtenir l'oblitération des veines. Ceux des procédés qui s'appliquent aux varices des jambes, se rapportent à l'*acupuncture*, à *la ligature*, et à la *compression locale*.

Acupuncture. En 1829, je publiai des recherches pour prouver qu'il suffisait de laisser pendant quelque temps un corps étranger au milieu d'une artère pour amener son oblitération. On fit bientôt l'application de ces moyens sur les veines.

On pratique l'acupuncture des veines, suivant deux procédés, celui de *M. Fricke* et celui de *M. Davat*.

Procédé de M. Fricke de Hambourg. Ce procédé consiste à traverser la veine avec une aiguille armée d'un fil qu'on y laisse pour en faire un séton. Le manuel opératoire consiste à embrasser le vaisseau dans un repli de la peau, comme je vous l'ai déjà dit pour la section transversale de la veine, ou bien on rend la veine immobile en la

fixant entre le pouce et l'indicateur ; avec une aiguille armée d'un fil, on traverse la veine de part en part : tantôt on la traverse dans un seul point, d'autres fois, et ce qui est plus sûr pour la guérison, on passe deux ou trois fils sur divers points de la longueur de la même veine. On répète cette opération sur tous les troncs veineux que l'on veut oblitérer. Par ce procédé, on a passé un ou plusieurs sétons dans la veine, en mettant quelques pouces d'intervalle entre chacun d'eux. On noue chaque séton séparément et sans le serrer. Chaque jour on remue le séton, afin d'exciter une inflammation dans l'intérieur du vaisseau. Vers le troisième ou le quatrième jour, on enlève le séton ; l'inflammation est suffisamment développée. Un dépôt de lymphe plastique s'est épanché autour des piqûres, les parois de la veine s'enflamment, et la circulation du sang est interrompue dans ces points. *M. Fricke* prétend que ce procédé lui réussit toujours. Il m'écrivait, au mois de novembre 1835, qu'il n'avait jamais déterminé d'accidents graves. J'ai été moins heureux que lui ; car j'ai opéré douze malades de cette manière ; il y a eu chez tous inflammation de la veine sur laquelle j'avais pratiqué l'opération ; sur huit les accidents ont été purement locaux, et trois autres ont eu une phlébite sur toute l'étendue du membre inférieur, un érysipèle phlegmoneux, et une vaste suppuration qui a nécessité de nombreuses incisions sur les divers points du membre. Les malades ont échappé avec beaucoup de peine aux accidents formidables qui se sont déclarés. Le douzième est mort des suites de la phlébite interne, huit ou dix jours après l'opération. Parmi les trois malades qui ont été en danger, l'un d'eux a vu ses varices reparaître. Dix huit mois après son opération, je le revis ; la saphène interne elle-même que j'avais traversée de plusieurs sétons était devenue variqueuse.

Cette terminaison malheureuse chez un de mes malades, et les résultats infructueux de l'opération chez un autre,

m'ont empêché de continuer à employer le procédé de *M. Fricke.*

Procédé de M. Davat. Le procédé de M. *Davat* (1) consiste à passer d'abord une épingle sous la veine, en traversant la peau de part en part. On soulève la veine en soutenant les deux extrémités de l'épingle, puis, avec une seconde aiguille, on traverse la veine de la peau vers les parties profondes, en pénétrant ainsi au dessous de la première épingle pour traverser de nouveau la veine des parties profondes vers la peau, de telle sorte que les deux épingles ou aiguilles se croisent. On passe ensuite un fil sous les extrémités de ces épingles ou aiguilles, et on les assujettit solidement en place. Ce procédé qui est d'une exécution un peu plus compliquée et plus difficile que celui de M. *Fricke*, ne met pas plus que lui à l'abri de la phlébite. On a même cité (2) un cas de mort survenue en 1837 à l'Hôtel-Dieu de Paris, à la suite de cette opération. Il faut convenir cependant que, si une épingle ou une aiguille traversant la veine n'expose pas moins à la phlébite que le séton, le procédé de *M. Davat* présente plus de chances de succès que celui de *M. Fricke.* En effet, par suite du croisement des épingles et de la ligature passée derrière elle, la veine percée en quatre points est courbée et comprimée, ses parois sont pressées entre ces aiguilles et la peau, et se touchent. La circulation se trouve interrompue, et le succès est plus assuré.

Compression locale. — Procédé de Delpech. On fait une incision longue d'un pouce, pour mettre à découvert la portion du tronc veineux que l'on veut lier, on la dissèque, puis on la soulève, et on passe au dessous d'elle un morceau d'amadou d'un demi-pouce de longueur,

(1) Recherches publiées en 1833 et 1834. Thèse n. 93, 1833. *Archives gén. de méd.*, 2e série, t. II, p. 5 i.

(2) *M. Landouzi. Journal des conn. méd.-chir.*, 1838, p. 97.

et large de deux. On l'assujettit à l'aide de bandelettes agglutinatives. La plaie est ensuite recouverte d'un plumasseau enduit de cérat. La veine se trouve ainsi aplatie et ses parois exactement mises en contact. L'inflammation s'empare de la plaie ainsi que de la veine, et l'inflammation adhésive, primitive ou secondaire en est le résultat. Mais on trouve dans ce procédé les éléments d'une foule d'accidents qu'on ne rencontre pas dans les autres méthodes, tels que l'isolement ou la séparation de la veine des autres tissus, la distension de ce vaisseau, son exposition à l'air, la présence d'un corps étranger assez volumineux, etc., etc.

Procédé de M. Sanson aîné. Il consiste à appliquer sur le tronc veineux qu'on veut oblitérer, une espèce de pince ou agrafe terminée par deux plaques ovalaires qui sont rapprochées par deux vis de rappel, placées l'une à six lignes au dessus, l'autre à six lignes au dessous d'une tige transversale. Le tronc veineux est soulevé avec la peau qui le recouvre, on serre la base du pli de manière que la veine se trouve placée à son sommet et au dessus des mors. On change ceux-ci de place toutes les vingt-quatre heures pour éviter la gangrène de la peau. De cette manière, la veine n'est pas comprimée par l'instrument, mais par la peau. Ce moyen n'est pas dangereux, mais il me semble peu efficace. La circulation n'est que difficilement interrompue par suite de cette compression, et l'oblitération de la veine ne me semble guère probable. Ces raisons m'ont déterminé à ne pas employer le procédé de M. *Sanson* aîné.

Ligature. Procédé de M. Velpeau. L'insuffisance ou le danger des méthodes et procédés que je vous ai décrits, m'engagèrent à essayer d'autres moyens pour oblitérer les veines dont les branches étaient le siége de varices. Voici celui que j'imaginai et que je pratique si souvent sous vos yeux, soit dans cet amphithéâtre, soit au lit des malades. Je fis, en 1830, l'essai de ce procédé sur les animaux, et

en 1833 je l'employai la première fois sur l'homme (1), ce fut à l'hôpital de la Pitié, et depuis je l'ai mis en usage un si grand nombre de fois dans cet hôpital, ou à la Charité et en ville, que je ne puis plus les compter. Voici comment je l'exécute. Une épingle ordinaire mais forte, bien affilée, à tête volumineuse et régulière, et un fil ciré, telles sont les seules choses dont on a besoin. La position du malade est une chose importante. Il faut que les veines qu'on veut oblitérer soient volumineuses, saillantes, gonflées; pour cela le membre doit être pendant. Je fais mettre souvent le malade debout. On saisit et on soulève le tronc de la veine variqueuse dans un pli de la peau. Un aide tient une des extrémités de ce pli, le chirurgien tient l'autre d'une main. Les choses étant ainsi disposées, la veine bien séparée des parties sous-jacentes et au dessus des doigts du chirurgien qui cherchent à se toucher derrière elle afin de mieux isoler encore le vaisseau, l'opérateur traverse la peau avec l'épingle, en la faisant glisser sous les ongles des deux doigts rapprochés pour l'enfoncer dans les tissus qui sont quelquefois très durs et très résistants. Le doigt du chirurgien doit être armé d'un dé à coudre, ou entouré d'un morceau de linge épais. La veine se trouve alors comprise entre le sommet du pli et l'épingle qu'elle croise à angle droit; on a eu soin de ne pas la traverser et de la laisser bien intacte. L'aide et le chirurgien lâchent alors le pli, et on fait ensuite la même opération sur deux, trois, quatre points du tronc des saphènes, plus ou moins, suivant les circonstances. On en place aussi sur toutes les branches qui présentent des dilatations. C'est ainsi que l'on peut successivement placer huit, dix, douze ou quinze épingles sur le membre inférieur,

(1) M. *Franc* a cru de son côté avoir imaginé ce procédé, et il a fait à ce sujet, dans le journal *la Lancette*, ainsi que M. *Davat* l'avait déjà fait pour le sien (juin 1839), une réclamation acerbe que M. *Velpeau* a réduite acilement à sa juste valeur.

depuis le pied jusqu'au dessus du genou. Trois ou quatre épingles suffisent ordinairement.

Quand les veines sont roulantes et mobiles sous lapeau, le manuel de l'opération est très facile. Mais quand elles sont serrées contre des os, ainsi que cela se remarque quelquefois sur le tibia, le dos du pied, dans les environs des malléoles chez les individus gras : il est très difficile de les soulever dans un pli de la peau, cela est même quelquefois impossible. Alors, il faut enfoncer l'épingle presque perpendiculairement sur l'un des côtés de la veine, puis l'incliner pour en glisser la pointe au dessous et la faire ressortir par l'autre côté de dedans en dehors. On doit, dans des cas pareils, avoir de fortes épingles, sans quoi on en verrait les extrémités se fléchir et se retirer sous le fil, quand on étrangle la veine: la constriction de la veine serait alors incomplète.

Lorsque les épingles sont en place, on les fixe à l'aide d'une anse de fil pour étrangler la veine et l'oblitérer. Autrefois je croisais le fil, comme lorsque l'on pratique la suture entortillée pour le bec de lièvre. Mais cela ne suffisait pas pour oblitérer la veine d'une manière définitive. Maintenant je fais une ligature circulaire sur l'épingle, et j'étrangle fortement les tissus sous ce fil. Par suite de cette manœuvre la veine se trouve étranglée dans trois points, au dessus, au dessous et derrière. Je n'ôte le fil et l'épingle que du sixième au douzième jour, et quand les tissus embrassés sont escharifiés. Si, à cette époque, l'eschare n'est pas encore détachée, j'enlève tout de même le fil et l'épingle, certain alors, que l'oblitération de la veine doit être faite.

Le passage de l'épingle à travers les tissus n'est pas douloureux; à peine si les malades le sentent; mais il n'en est pas de même de la constriction des parties par le fil; elle est fort douloureuse. Il est bon de commencer l'étranglement de la veine par l'épingle qui est la plus élevée ; car

les filets nerveux qui l'accompagnent étant une fois liés, la douleur est moins vive, pour les épingles inférieures; les suites de cette opération sont très simples. Les parties étranglées par le fil se gangrènent, et tombent; elles laissent un ulcère qui se cicatrise assez promptement. Souvent il se développe un petit engorgement comme phlegmoneux, autour de l'épingle. En même temps on sent un cordon solide au dessus et au dessous, c'est la veine qui s'oblitère dans ces points. Quelquefois cet engorgement se termine par un abcès.

Après l'opération, on n'a pas besoin de faire de pansement. On se borne à couper avec de forts ciseaux la pointe des épingles pour qu'elles ne blessent pas. Il est inutile, à moins que l'inflammation ne devienne trop vive, de soumettre le malade à un régime sévère. On peut même lui permettre de se lever et de prendre de l'exercice. Dans le cas contraire, on a recours au traitement antiphlogistique, aux topiques émollients, résolutifs, etc., etc. Lorsque les eschares sont tombées, on traite les petites plaies qui en résultent comme celle d'un petit abcès ou d'une brûlure.

Procédé de M. Reynaud. On a cherché à modifier le procédé que je viens de vous décrire, et on a eu principalement en vue, par cette modification, le désir de diminuer la douleur que cause l'étranglement par le fil passé autour des épingles. *M. Reynaud* de Toulouse passe sous la veine et à travers la peau une aiguille armée d'un fil ciré; il applique ensuite sur la veine un petit rouleau de diachylon et une petite compresse, puis il noue les deux extrémités du fil à l'aide d'une rosette; le fil pouvant être dénoué à volonté permet de le resserrer chaque jour ou tous les deux jours, jusqu'à ce que la veine soit coupée. Sans doute on peut réussir en opérant de cette manière. Mais l'oblitération des veines est une chose si difficile à obtenir, qu'il y a lieu de craindre, par l'emploi de ce moyen, le rétablissement de la continuité de ces vaisseaux et par suite de la

circulation. Aussi je préfère, au procédé de *M. Reynaud*, l'emploi des épingles et la constriction circulaire par un fil fortement serré.

Cette opération, telle que je viens de vous la décrire et que vous me la voyez pratiquer si souvent, est bien simple; elle n'effraie pas les malades. Tout le monde peut la faire avec une égale facilité. Un coup d'épingle et un tour de fil, voilà toute l'opération. Désorganisant la veine dans son trajet, la coupant, la gangrénant, elle remplit le but de tous les procédés qui ont été imaginés jusqu'à présent, et qui ont tous celui d'obtenir l'oblitération de la veine; mais elle est loin d'avoir leurs dangers. Cette opération préserve-t-elle les malades d'une manière certaine du retour des varices? La guérison est-elle radicale, définitive? Non, Messieurs, il ne faut pas vous abuser à cet égard. La maladie est loin de céder toujours. Oblitère-t-on une veine dilatée, il en reparaît bientôt trois ou quatre autres. Les branches de la saphène externe, communiquant avec celles de la saphène interne, les veines superficielles s'anastomosant avec les veines profondes, font que le système veineux du membre inférieur représente un vaste réseau, dont il est à peu près impossible d'interrompre la circulation, et qui rendra toujours, quoi qu'on fasse, très problématique l'efficacité de toutes les méthodes et de tous les procédés qui ont été imaginés jusqu'à présent. Je n'ai voulu, dans tout ceci, n'examiner qu'un point. La nécessité d'oblitérer les troncs veineux pour guérir les varices, étant bien établie, il fallait trouver le moyen le meilleur, le plus facile et le moins dangereux, pour l'obtenir. Je crois que, sous ces rapports, le mien l'emporte sur les autres. La cure radicale des varices des jambes, je vous le répète, présente des difficultés souvent insurmontables, et qui la rendent impossible quelle que soit la méthode ou le procédé que l'on emploie. Quand on veut la tenter, il faut employer le moyen qui présente le moins de risques pour la vie des ma-

lades, le plus de chances de succès et le plus de simplicité. Les épingles et le fil constricteur réunissent, je crois, ces conditions.

Jusqu'à présent je n'avais vu sur plus de cent malades que j'ai opérés par ma méthode aucun phénomène inquiétant; une phlébite externe peu étendue, quelques petits engorgements phlegmoneux, des abcès peu volumineux, voilà à peu près à quoi se bornaient les accidents. Plusieurs fois m'applaudissant de ces succès constants, je vous témoignais cependant la crainte que j'avais d'en rencontrer enfin le terme. Nous venons malheureusement d'y arriver. Jusqu'à présent je n'avais observé aucun exemple de mort survenue à la suite de l'application des épingles: en voici un qui a présenté des circonstances fort remarquables.

Le 31 mars 1839, N***, mégissier, âgé de trente-quatre ans, d'une bonne constitution, et jouissant d'une santé parfaite, entra à l'hôpital de la Charité pour se faire opérer de varices nombreuses qu'il avait aux membres inférieurs. Le 4 avril on l'opère. On passe sous les veines variqueuses plusieurs épingles sur lesquelles on applique une ligature circulaire très serrée. La douleur résultant de cette constriction est très vive, et se continne pendant plusieurs jours. Une inflammation peu étendue se manifeste autour de quelques épingles. Le 10 avril, on ôte deux épiugles, les autres sont laissées en place. Le 11, on en enlève encore quelques autres, ainsi que des ligatures. Les points étranglés sont réduits à l'état d'eschares. Il n'y a plus de douleurs. Il n'y avait eu jusqu'au 15 avril rien de particulier dans l'état général du malade, lorsque dans la nuit du 15 au 16, il fut pris de frissons intermittents qui durèrent jusqu'au matin, et de nausées accompagnées de vomissements. Le matin 16, même état, langue blanchâtre, bouche pâteuse, amère; vomissements de matières liquides et verdâtres; abattement très grand, céphalalgie, vertiges, chaleur de la peau, pouls vif, fréquent, tuméfaction et rougeur

de la jambe. Saignée du bras. Le 17, les vomissements ont cessé, stupeur, délire, lèvres sèches, épigastre douloureux, diarrhée légère. L'auscultation ne fournit rien du côté des poumons ou du cœur. La tuméfaction de la jambe s'est étendue jusqu'à la cuisse, autour des ligatures, la peau présente une teinte violacée; tremblements légers, pouls petit, fréquent, taches livides sur divers points du corps. Le 18, tous ces symptômes sont aggravés. Délire continuel pendant la nuit. Le 19, face cyanosée, pourtour du nez bleuâtre, lèvres sèches, stupeur très forte. Les taches livides de la peau sont augmentées en nombre et en étendue; les plus larges et les plus prononcées se trouvent à la partie interne du bras, le dos des mains est fort tuméfié et bleuâtre. Tout le membre opéré est énormément gonflé. Les extrémités sont froides, râle trachéal, pouls filiforme. Mort à neuf heures du matin.

Autopsie. Les poumons ne présentent rien qu'un simple engorgement cadavérique. Le cœur contient, dans le ventricule droit, un petit caillot fibrineux; tout le reste du sang contenu dans les vaisseaux, présente une fluidité remarquable. L'estomac contient un liquide verdâtre, et dans l'intestin une plaque boursouflée et commençant à s'ulcérer. Il s'écoule par les incisions des membres et dans les points ou existent des taches bleuâtres, un sang très fluide. La veine saphène gauche qui a été liée, contient un sang fluide et grumeleux, et l'oblitération n'est pas complète, même dans les endroits où les ligatures ont été appliquées. La veine saphène droite contient du sang très fluide, et est manifestement plus large que dans l'état ordinaire; la veine-cave est distendue outre mesure par du sang.

2° Varicocèle.

Le varicocèle consiste dans la dilatation des veines du cordon. Cette maladie fort commune, depuis l'âge de quinze ans jusqu'à celui de quarante environ, c'est à dire pendant la période d'activité des organes génitaux de l'homme, attaque presque toujours le côté gauche. On a considérablement exagéré les accidents auxquels cette maladie donnait lieu : ainsi, on lui a attribué des inflammations, des suppurations, des atrophies du testicule, ou des gonflements chroniques et des dégénérescences de cet organe. Le fait est que cette maladie ne produit presque jamais d'accidents sérieux et se réduit, dans l'immense majorité des cas, à une infirmité de peu d'importance; car beaucoup de personnes la portent sans s'en douter, et quand elles s'en plaignent, on trouve qu'elle consiste simplement dans une gêne, des tiraillements dans les reins, dans l'aine, le scrotum, ou à un sentiment d'engourdissement dans le testicule.

Quoi qu'il en soit, on a appliqué au varicocèle toutes les méthodes et tous les procédés anciens, dont je vous ai entretenus à l'occasion des varices des jambes. La cautérisation avec les agents chimiques ou le fer rougi à blanc, la ligature, l'incision, l'excision, ou l'extirpation, ont été vantées tour à tour et employées pour guérir cette maladie. On a même combiné ces divers moyens entre eux; c'est ainsi que *Cumano* associait l'extirpation à la ligature. Il incisait longuement le scrotum, arrivait jusqu'au cordon, disséquait la tumeur variqueuse, la liait au dessus et au dessous, puis il en faisait l'excision.

M. Waren a excisé ou lié les veines variqueuses du scrotum, et a bien réussi *M. Moulinié* a combiné aussi l'excision avec la ligature. *Boyer* repousse ces moyens non comme dangereux, mais comme insuffisants dans le plus grand nombre de cas. *Delpech* se bornait à fendre le scro-

tum, découvrait le cordon, en isolait, liait ou en incisait les veines. De cette manière il guérissait une proportion considérable de malades. Quelquefois il se bornait à passer un morceau d'éponge sous les veines dilatées, et le fixait à l'aide de bandelettes agglutinatives. On assure que, par son procédé, *Delpech* guérissait six malades sur sept : cela est possible, mais il est certain que des inflammations très violentes sont survenues à la suite des opérations qu'il pratiquait, qu'il en est résulté des abcès, et que quelquefois les malades ont succombé aux accidents de la phlébite.

Je ne noterai ici que pour mémoire la ligature de l'artère spermatique qui a été conseillée par *M. Bell* et quelques autres chirurgiens. Cette ligature n'est point applicable au varicocèle. La castration que *Celse* réservait pour les cas où le testicule est le siége des varices, et à laquelle *Boyer* croit qu'on peut avoir recours quand le varicocèle devient une maladie sérieuse, est une ressource extrême qui peut être employée dans le cas de complication de maladies graves du testicule, mais que les varices du cordon ne réclament presque jamais ; car les cas où le varicocèle tend à faire dégénérer le testicule, sont excessivement rares.

Vous voyez, Messieurs, que si la science avait dû s'en tenir aux procédés anciens pour la guérison du varicocèle, il aurait mieux valu se borner à l'emploi des suspensoirs et des topiques astringents comme moyens palliatifs, plutôt que d'en tenter la cure radicale par des opérations incertaines ou dangereuses.

Mais on a créé, depuis une dixaine d'années, un certain nombre de procédés nouveaux pour la guérison radicale du varicocèle. Ces procédés sont partis tous d'une origine commune ; ils ont été imaginés par suite des recherches que j'avais faites sur l'acupuncture des vaisseaux. Ce sont ceux de *MM. Davat*, *Fricke*, *Breschet*, *Sanson*, *Reynaud*, et le mien.

Procédé de M. Davat. C'est celui que je vous ai décrit pour les varices des jambes; car *M. Davat* ne paraît pas l'avoir employé pour le varicocèle. Du reste, en créant tous les procédés nouveaux que je vous décris, les chirurgiens avaient principalement en vue le varicocèle. Le malade est couché sur le dos, à moins qu'il ne soit nécessaire de le faire tenir debout ou sur les genoux, afin d'augmenter la dilatation des veines. On saisit les veines du cordon avec l'indicateur et le pouce de la main gauche. Le chirurgien passe au-dessous une première épingle transversalement, puis il en dirige une seconde à travers la veine, de manière à passer sous la première, avant de la faire ressortir par le point opposé pour former une croix dont l'une des branches traverse deux fois le vaisseau. On applique ces épingles, disposées de cette manière, sur toutes les veines qui sont le siége des varices. Cela fait, à l'aide d'un fil que l'on passe autour, on retient les épingles en place; ce fil exerce en outre une constriction qui s'oppose encore davantage à la continuation de la circulation.

Procédé de M. Fricke. Le malade étant dans une des positions indiquées plus haut, le chirurgien saisit les veines variqueuses entre le pouce et l'indicateur, il les traverse avec une aiguille armée d'un fil. Il établit de cette manière un séton qu'il laisse en place pendant deux ou trois jours. On met sur la même veine un ou plusieurs sétons, suivant son étendue et son état de varicosité. On en fait autant sur chacune des veines affectées. Le malade reste au lit pendant quelques jours, et suivant qu'il y a ou non de l'inflammation, on fait usage de topiques émollients et résolutifs, ou bien on s'abstient de toute application locale. On retire le séton au bout de deux ou trois jours. Les procédés de MM. *Davat* et *Fricke* exposent autant l'un que l'autre à la phlébite. On peut dans le procédé de M. *Fricke*, ne pas être bien sûr de pouvoir exactement traverser des troncs veineux peu volumineux avec le séton,

et on est exposé à passer seulement derrière la veine et ne pas interrompre la circulation, but capital qu'on se propose. Il en est de même du procédé de M. *Davat*. Seulement, dans ce dernier, on a une chance qui n'existe pas dans celui de M. *Fricke*, c'est celle d'étrangler avec le fil passé autour des épingles, la veine qui pourrait n'avoir pas été piquée et traversée par la seconde épingle qui passe derrière la première. Peut-être aussi, la constriction du fil contribuerait-elle à s'opposer à la propagation de la phlébite.

Procédé de M. Breschet. Il a été communiqué par ce chirurgien à l'Académie des sciences au mois de janvier 1834. Il consiste à saisir et à étrangler les troncs veineux dilatés entre les mors d'une espèce de pince qui saisit en même temps les enveloppes du scrotum. M. *Landouzy* a fait à cette pince une modification heureuse et qui la rend très simple. On isole les veines du cordon de l'artère spermatique et du canal déférent, et lorsqu'elles sont séparées aussi complètement que possible, on place les extrémités aplaties de la pince sur la peau, dans un pli de laquelle se trouvent comprises les veines qu'on veut oblitérer. On les rapproche alors l'une de l'autre, à l'aide d'une espèce de vis de pression ou d'un anneau. La compression des paquets variqueux saisis est augmentée chaque jour jusqu'à ce que la mortification des tissus étranglés soit opérée. On enlève alors la pince avec l'escharc qu'elle a produite. Il reste alors une plaie dont l'étendue est proportionnée à la déperdition de substance qui a été opérée. Cette plaie qui est quelquefois longue de plus de deux pouces, a été dans certains cas six semaines ou deux mois à se fermer. M. *Landouzy* dit avoir vu guérir ainsi plus de cent malades. On a, en effet, par ce procédé étranglé les veines variqueuses, et on a interrompu la circulation. Par conséquent, les chances de guérison radicale du varicocèle sont nombreuses. Mais ce procédé est long et très douloureux; quelques malades ne peuvent pas le supporter. Il en résulte une plaie étendue

et longue à se cicatriser; une inflammation considérable et quelquefois des abcès. On peut obtenir, je crois, l'oblitération des veines variqueuses par des moyens plus simples.

Procédé de M. Sanson aîné. Il a pour but, comme tous les précédents, d'oblitérer les veines variqueuses. Mais c'est moins par l'inflammation de la veine que par la coagulation du sang dans son intérieur que M. *Sanson* cherche à l'obtenir. Il emploie pour cela une pince dont les mors compriment la base d'un pli fait aux téguments du scrotum. Le tronc variqueux refoulé vers le sommet de ce pli s'y trouve comprimé de telle sorte que la circulation s'y trouve interrompue. Le sang, cessant alors de parcourir les points, s'y concrète, se solidifie, contracte des adhérences, et il y a oblitération de la veine.

Dans ce procédé on n'a point, comme dans celui de M. *Breschet*, une eschare ni une plaie. Mais il est moins efficace, et je suis persuadé que l'oblitération ne peut être durable. Cette oblitération des veines est en effet, Messieurs, beaucoup plus difficile qu'on ne pense. Tant qu'un tronc veineux n'est point coupé, enflammé à sa face interne, le sang coagulé tend à redevenir liquide, et peu à peu la circulation s'y rétablit. C'est en effet ce que j'ai vu sur un étudiant en médecine qui était atteint d'un varicocèle et qui fut traité suivant le procédé de M. *Sanson*. Deux mois après son emploi la maladie était revenue à son état primitif.

Procédé de M. Reynaud. On attire dans un repli de la peau du scrotum les veines variqueuses que l'on veut oblitérer, et on passe derrière elles en traversant la peau deux fois une aiguille courbe armée d'un fil assez fort, on peut même en mettre deux à un pouce ou un pouce et demi l'un de l'autre. On les noue ensuite fortement sur un morceau de diachylon gommé, ou de linge, ou bien un bourdonnet de charpie : on fait une simple rosette afin de pouvoir relâcher ou augmenter à volonté la constriction.

Par suite de l'étranglement, la veine se trouve coupée d'arrière en avant. Lorsque cette section est opérée, on ôte les fils, et on s'occupe seulement de la cicatrisation de la plaie qui résulte de l'opération. Ce procédé se rapproche de la section transversale des veines, et est sujet par conséquent à ses inconvénients. Néanmoins je le crois préférable à celui de M. *Breschet*. Il est plus simple et plus prompt, et quoique l'oblitération des veines doive être longue, difficile à obtenir, et qu'elle doit même échouer quelquefois, je le regarde comme un des meilleurs parmi ceux qui ont été vantés dans ces derniers temps.

Procédé de M. Velpeau. Mon procédé consiste dans l'application des épingles derrière la veine, et son étranglement circulaire.

Le malade étant couché sur le dos, le scrotum préalablement rasé, je reconnais bien la situation du canal déférent. Je saisis la racine du scrotum par derrière, avec la précaution de bien retenir avec le pouce et l'indicateur le canal déférent et de laisser les veines en avant. Alors avec le pouce et l'indicateur de l'autre main, j'attire et j'isole tout le paquet veineux, en le rapprochant de plus en plus des téguments, et je le fixe dans un pli. Un aide prend une des extrémités de ce pli pendant que je saisis l'autre. Alors je passe de la manière que je vous ai indiquée pour les varices des jambes, une épingle sous les veines, et le plus près possible de la partie antérieure du pli tégumentaire. Lorsqu'elle a traversé la peau, je jette aussitôt une anse de fil sous ses extrémités. On place de cette manière une autre épingle à un pouce de la première. On peut commencer par l'application de l'épingle supérieure, cependant je préfère placer d'abord l'inférieure, parce qu'il est toujours plus facile de séparer les veines du canal déférent sur ce point, que du côté de l'anneau. Il faut éviter de placer ces épingles ou trop haut ou trop bas, et de ne pas mettre entre elles l'intervalle

d'un pouce. En effet, si on rapproche trop près du testicule l'épingle inférieure, cette épingle peut traverser la tunique vaginale et déterminer une inflammation ou un abcès dans cette petite cavité séreuse. Si on place l'épingle supérieure trop près de l'anneau, on peut ne pas séparer exactement toutes les veines du cordon, et en laisser échapper quelques unes en arrière. Si on les plaçait trop près l'une de l'autre, il en résulterait à la chute des eschares deux plaies qui se réuniraient en une seule, laquelle serait large et longue à guérir. Quand les épingles sont passées, on étrangle circulairement la veine avec le fil absolument comme pour les varices des jambes. Je ne veux pas revenir sur ces détails qui sont exactement semblables. On retire les épingles quand les tissus étranglés se détachent sous forme d'eschare, ce qui arrive du dixième au vingtième jour. Les suites de cette opération n'empêchent pas les malades de se livrer à leurs occupations habituelles. Ils peuvent se lever et suivre leur régime ordinaire, à moins que l'inflammation ne devienne trop vive. Dans ce cas on a recours aux topiques astringents et résolutifs, à la diète, au repos, aux antiphlogistiques, etc., etc. La guérison complète est effectuée en un mois environ. Les plaies sont ordinairement cicatrisées à cette époque. Cette manière d'opérer le varicocèle ne m'a jamais amené de phlébite interne. J'ai vu survenir seulement des abcès dans la tunique vaginale, quand je plaçais l'épingle inférieure trop bas. Cela m'est arrivé deux fois. Tous ceux que j'ai opérés, et ils sont déjà en grand nombre, ont guéri, et sur ceux que j'ai pu revoir après, je n'ai constaté aucune apparence de récidive même après plusieurs années. Il est vrai du reste que les chances pour une guérison définitive sont plus nombreuses pour le varicocèle que pour les varices des jambes, à cause des anastomoses qui sont moins fréquentes qu'aux membres inférieurs entre le plan veineux profond et le plan veineux superficiel.

ARTICLE VI.

INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES PENDANT LES OPÉRATIONS.

L'introduction de l'air dans les veines pendant le cours des opérations, est un accident qui est arrivé assez fréquemment, et qui est trop grave dans ses résultats pour que je ne vous en entretienne pas (1). Une malade que nous devons opérer aujourd'hui d'une tumeur placée au cou, nous amène tout naturellement à traiter ce sujet, d'autant mieux que c'est dans cette région qu'on a surtout observé cette complication redoutable des opérations. Cette question se trouve d'ailleurs à l'ordre du jour en ce moment, et les discussions qui ont eu lieu dernièrement à l'Académie de médecine, discussions auxquelles j'ai pris moi-même une grande part, ont eu trop de retentissement pour que nous n'approfondissions pas ce sujet important.

L'entrée de l'air dans les veines des individus soumis aux opérations chirurgicales, et les accidents qui peuvent en résulter, étaient presque entièrement oubliés il y a vingt ans, lorsqu'un événement malheureux arrivé dans la pratique de *Dupuytren*, a ramené l'attention des médecins sur ce point. Les faits se sont depuis augmentés peu à peu, et les remarques faites à leur sujet par *Méry*, *Bichat*, *Nysten*, MM. *Piedagnel*, *Magendie*, *J. Guérin*, *Bouillaud*, *Barthélemy*, *Blandin*, *Amussat*, *Gerdy*, *Leroy d'Etioles*, *Forget*, *Pigeaux*, *Bassereau*, *Mercier*, *Poiseuille*, *Dénot*, etc., etc., permettent actuellement de donner un intérêt puissant à

(1) Cette leçon a été faite dans les premiers mois de 1838. Plus tard, M. *Velpeau* a écrit sur ce sujet dans la *Gazette médicale* une longue et intéressante lettre à laquelle nous avons beaucoup emprunté pour la rédaction de cet article.

l'étude de cette question, prise sous le point de vue scientifique.

J'examinerai donc ce que les expériences sur les animaux vivants ont déjà fait connaître, ce que les expériences nouvelles ont pu apprendre, ce qu'il est permis de penser des observations recueillies sur l'homme depuis une vingtaine d'années, et de la valeur des moyens thérapeutiques proposés en pareil cas par les physiologistes ou les chirurgiens.

Avant *Bichat*, et malgré les remarques faites par *Redi*, *Valisnieri*, *Camérarius*, etc., etc., on ne pensait pas que l'air introduit dans les veines pût causer la mort. Au commencement de ce siècle, *Bichat* démontra positivement le fait par des expériences. Après avoir dit qu'on savait depuis longtemps que l'entrée de l'air par les veines était dangereuse, il prétendit que, dans ce cas, la mort arrivait par le cerveau; que l'air injecté par les artères carotides amenait la mort de la même manière; que si on a poussé ce fluide par les veines, on le retrouve dans le ventricule gauche du cœur comme dans le ventricule droit; que si on l'introduit par la veine-porte, les accidents se développent avec lenteur et difficulté; que les convulsions qui arrivent quand les mouvements du cœur persistent encore, prouvent suffisamment que la mort a lieu par le cerveau, et non par le cœur.

On savait donc par les expériences de *Bichat*, dès l'année 1802, que l'air atmosphérique introduit dans le cœur peut tuer les animaux.

Plus tard, en 1806, le vétérinaire *Verrier* en recueillit un exemple chez le cheval; en 1809, *Nysten* reprit les expériences de *Bichat*, et en exposa les résultats d'abord dans la *Bibliothèque médicale* (t. 24), ensuite dans le traité où sont annoncées ses recherches spéciales. Après avoir multiplié, varié presque à l'infini ses essais, *Nysten*, qui se plaint qu'on ait eu *assez peu de pudeur* pour en communiquer le résultat à l'institut, en 1809, sans le citer, croit

pouvoir conclure que l'air injecté par les veines, *en certaine quantité*, fait en effet mourir les animaux, mais que c'est en arrêtant les mouvements du cœur, et non pas en anéantissant les fonctions du cerveau, comme l'avait cru *Bichat*.

Plus tard les expériences de M. *Barry* (1), expériences dont j'ai été témoin, et surtout celles de M. *Poiseuille* sur les animaux vivants (2), que j'ai également suivies, montrèrent, comme celles de *M. Magendie* (3), non seulement que, poussé artificiellement dans le cœur, l'air produit rapidement la mort, mais encore que ce gaz peut s'introduire spontanément dans les veines préalablement ouvertes. Il faut ajouter néanmoins que les observations de M. *Poiseuille* ne permettaient d'admettre ce phénomène comme possible que pour les veines sujettes au *pouls veineux*, ou dans lesquelles on remarque un véritable reflux du sang pendant la vie, c'est à dire pour les grosses veines qui dépassent de quelques pouces le sommet de la poitrine. Hors de là en effet, l'aspiration, soit du cœur, soit du thorax, ne paraît plus avoir aucune prise sur la colonne sanguine. La pression atmosphérique, aplatissant aussitôt le calibre du vaisseau entre l'ouverture de la veine et le sommet de la poitrine, semble mettre un obstacle invincible à la pénétration de l'air du côté du cœur.

Restait à chercher pourquoi le sang peut ainsi refluer à une certaine distance, et non à quelques pouces au delà. M. *Bérard* aîné s'est chargé de ce soin. L'examen anatomique, une dissection attentive des parties, lui ont démontré, comme j'ai pu souvent le constater de mon côté, que les veines jugulaire interne, sous-clavière et axillaire, étaient unies aux os ou aux muscles du voisinage par des

(1) *Arch. gén. de médec.*, t. II, p. 326.
(2) *Journ. hebdom.*, 1831. *Bullet. de l'Acad. des sciences*, t. II, p. 186.
(3) *Physiologie*, 1833. t. II.

lames ou des brides fibreuses tellement solides qu'elle restaient béantes à la manière des canaux inertes, quand on vient à les ouvrir. D'où il suit que, jusqu'à deux ou trois pouces au dessus du sternum, c'est à dire jusque auprès du larynx, la veine jugulaire interne ne s'aplatit point sous la pression de l'atmosphère, lorsque le sang cesse de la remplir, qu'il en est de même de la veine sous-clavière dans toute sa longueur, et de la moitié supérieure de l'axillaire (1). Les faits annoncés par M. *Poiseuille* s'expliquent donc tout naturellement par la disposition qu'indique M. *Bérard*. Ce point est d'une haute valeur dans la question, car s'il montre qu'une veine ouverte sur l'une des lignes indiquées peut donner lieu à l'entrée de l'air et à la mort presque immédiate de l'animal, il tend à montrer aussi que, hors de là, le même accident n'est plus à craindre.

M. Magendie (2) avait d'ailleurs prouvé sans réplique, dans ses expériences sur les animaux, que, soit qu'on l'injectât, soit qu'il pénétrât spontanément dans les veines, l'air atmosphérique était de nature, en effet, à causer rapidement la mort; c'est d'ailleurs un fait qui a souvent été constaté par M. *Boulay* jeune, par M. *Barthélemy*, par M. *Leblanc* et par d'autres vétérinaires. Il s'agirait de savoir maintenant si c'est réellement de cette façon que la mort est arrivé chez l'homme dans certains cas de mort subite rapportés par divers observateurs. Mais avant d'examiner cette autre question, il est bon de voir ce qu'ont appris les nouvelles expériences qui ont été faites dernièrement par ordre de l'Académie royale de médecine.

Des chiens de diverses tailles, des chevaux et des mulets, ayant reçu de l'air dans les veines, soit par injection, soit par aspiration, sont presque tous morts au bout de

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. XXIII, p. 169 et 171.
(2) *Physiologie*, t. II.

cinq, à quarante ou cinquante minutes, lorsqu'il s'introduisait une quantité considérable de ce gaz dans le cœur. Pour cela, néanmoins, il fallait que l'ouverture du vaisseau eût de deux à six lignes de diamètre, qu'elle fût tenue béante, et qu'elle eût lieu dans les régions indiquées par *MM. Poiseuille et Bérard*. Nous avons vu aussi que l'introduction de l'air était annoncée par un bruit sourd, ordinairement manifeste, quelquefois presque inappréciable, une sorte de *glouglou* dans le cheval, et non pas par un sifflement ou un *reniflement*, comme l'ont indiqué quelques personnes. De l'agitation, des mouvements convulsifs, des attaques épileptiformes, annonçaient bientôt le danger et formaient les préludes ordinaires de la mort. L'autopsie cadavérique permettait de constater la distension de l'oreillette et du ventricule droit du cœur, la présence dans les cavités de cet organe d'un sang rouge mêlé à une grande quantité d'air et complètement *mousseux*, d'une *mousse sanguine*, déjà notée par *M. Magendie*. Dans quelques cas on a observé la même disposition dans les cavités gauches du cœur, et la présence de l'air dans les vaisseaux même du cerveau. Du reste, l'ouverture des veines jugulaires du côté de la face, ou de la veine axillaire dans sa partie inférieure, et à plus forte raison des veines brachiales, n'a été suivie d'aucun accident.

On voit, d'après cela, que les expériences de la commission de l'Académie ont pleinement confirmé celles de *Nysten* ou de *Bichat*, qu'elles sont d'accord avec celles de *MM. Poiseuille, Bérard* et *Magendie*, qu'elles détruisent complètement les assertions de *M. Amussat*, savoir : « *Que le bruit qui annonce l'entrée de l'air dans les veines est constamment suivi de la mort, que les animaux meurent alors au bout d'une minute, plus ou moins ;* qu'à l'ouverture des cadavres *on ne trouve jamais rien, ni air, ni sang dans les cavités gauches du cœur* (1). »

(1) *Bullet. de l'Acad. roy. de médec.*, t. I, p. 900.

Au total donc, ces expériences nouvelles démontrent, comme les anciennes, que l'air peut s'introduire spontanément dans le cœur, et tuer l'animal par l'ouverture d'une veine, à la condition toutefois que cette ouverture aura au moins deux lignes de diamètre, qu'elle existera près du sommet de la poitrine, et qu'elle laissera pénétrer de dix à quarante centimètres cubes d'air dans le système circulatoire de l'individu blessé. Voyons maintenant jusqu'à quel point les observations prises dans l'espèce humaine sont analogues aux faits recueillis sur les animaux.

La pratique chirurgicale avait depuis longtemps offert des exemples de mort presque subite dans le cours de certaines opérations; mais ces accidents avaient été attribués, tantôt à l'hémorrhagie, tantôt à l'épuisement des malades par l'excès de douleur, tantôt à la frayeur et quelquefois à la syncope. Pour ma part, je sais que plusieurs malades ont succombé en quelques minutes, pendant qu'on cherchait à les débarrasser d'une glande thyroïde dégénérée, ou d'une tumeur au fond de l'aisselle, qu'un événement pareil est arrivé à l'occasion d'une simple trachéotomie, et qu'on n'en a point cherché d'autres explications que celles dont je viens de parler. Mais peu satisfaits de ces explications, et se rappelant les expériences des physiologistes sur les animaux, les chirurgiens modernes ont invoqué l'entrée de l'air dans les veines pour rendre compte des cas de mort inopinée survenue dans le cours des opérations. Les faits de ce genre parvenus à ma connaissance sont au nombre d'environ quarante. La question est de savoir s'ils peuvent réellement être comparés à ceux que fournit l'expérimentation sur les animaux, ou si, de toute autre façon, ils renferment la preuve du fait en faveur duquel on les invoque. Je pense, en conséquence, qu'il sera bon de les passer en revue et d'en donner une analyse abrégée.

Obs. I. — La première observation de cette espèce, qui

ait été publiée en France, fut prise dans la pratique de *Bauchêne*, à l'hôpital Saint-Antoine, et remonte au mois de juillet 1818 (1). Il s'agissait d'une tumeur volumineuse que portait à l'épaule droite un jeune homme âgé de vingt-trois ans. Peu de sang s'était écoulé lorsque, après avoir renversé en dehors la clavicule, M. *Piedagnel*, à qui on doit la connaissance du fait, entendit un bruit semblable à celui que fait l'air lorsqu'il entre par une petite ouverture dans la poitrine d'un animal vivant. Le malade s'écria : *Mon sang tombe dans mon cœur ; je suis mort !* Le même bruit se fit entendre une seconde fois, et le jeune homme, tombé en syncope, s'éteignit en effet un quart d'heure après l'opération, qui avait d'ailleurs été longue. Le cadavre, ouvert dix-huit heures après la mort, permit de constater que la veine jugulaire externe avait été coupée ; *il n'y avait pas de sang dans le cœur ;* les cavités droites de cet organe étaient flasques et minces ; tous les vaisseaux renfermaient une quantité notable de bulles d'air.

Ainsi c'est la veine jugulaire externe qui est blessée. Il s'agit d'un *bruit de sifflement*, puis d'une syncope ; on ne parle point de mouvements convulsifs. Il y a de l'air partout, excepté dans le cœur. Les expériences sur les animaux vivants montrent précisément l'inverse : c'est le cœur, chez eux, qui contient de l'air avant tout, et ce n'est point ainsi qu'ils succombent par l'entrée de l'air dans les veines.

Obs. II. — Avant que ce fait eût fixé l'attention, il s'en présenta un autre à l'Hôtel-Dieu. Le 19 novembre 1822, *Alexandrine Poirier*, remarquable par la force et la beauté de sa constitution, entra à l'Hôtel-Dieu, pour y être traitée d'une tumeur qu'elle portait à la partie latérale et postérieure du cou. Il y avait alors dix mois seulement que, sans cause connue, la maladie avait commencé à se déve-

(1) Thèse de M. Piedagnel, n° 250. Paris, 1827.

lopper; et cependant elle avait fait des progrès tels qu'elle s'étendait, de haut en bas, depuis l'apophyse mastoïde et la protubérance occipitale externe, jusqu'à la clavicule et au bord supérieur de l'omoplate, et, d'avant en arrière, depuis le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, jusqu'au delà de la ligne médiane de la région cervicale postérieure. Elle avait la forme d'un demi-ovoïde; sa surface antérieure, plane, était appuyée sur les muscles postérieurs du cou; sa face postérieure, convexe, était recouverte par la peau, le muscle paucier, et une très petite portion du trapèze, par un assez grand nombre de filets nerveux, provenant du plexus cervical superficiel, par quelques artères, branches des cervicales superficielles et profondes, et par plusieurs veines, dont une assez grosse se trouvait logée dans une espèce de gouttière, creusée en avant, vers le milieu de la tumeur, et se rendait dans la veine jugulaire externe. A sa dureté, à sa résistance et à son défaut de sensibilité, *Dupuytren* reconnut facilement que cette production était de nature cellulo-fibreuse; et, décidé par la rapidité de son accroissement, par la certitude qu'elle ne tarderait pas à dégénérer, par la mobilité assez grande qu'elle conservait encore, et aussi par un succès qu'il venait récemment d'obtenir dans un cas pareil, il proposa à la malade d'en pratiquer l'extirpation sans délai. Celle-ci accepta. Elle fut préparée par un bain et par un purgatif léger, et le 22 novembre elle descendit dans l'amphithéâtre, pleine de forces, de courage et d'espérance.

Dupuytren la fit placer sur une chaise, la face tournée contre le dossier; et après s'être de nouveau assuré de la mobilité de la tumeur, ainsi que du nombre et de l'importance des parties qu'il faudrait diviser, il commença l'opération par une incision dirigée de haut en bas et d'arrière en avant. Il voulut par là épargner à la malade quelques unes des douleurs de l'opération, en coupant d'abord,

›rès de leur origine, les filets nerveux que l'instrument ranchant devait nécessairement atteindre plusieurs fois. Cette incision fut rendue cruciale. Les lambeaux, quoique ppliqués immédiatement sur le corps fibreux, furent disséqués avec assez de facilité. Quatre ou cinq minutes après e commencement de l'opération, la tumeur fut soulevée ar un aide qui, la renversant tantôt sur un côté, tantôt ır un autre, exerçait des efforts qui la rapprochaient et éloignaient alternativement des organes sous-jacents : en herchant à la culbuter, il favorisait ainsi beaucoup la section du tissu cellulaire par lequel elle était liée aux parties rofondes; la tumeur ne tenait plus qu'au lambeau antérieur es téguments; et la malade, qui n'avait perdu qu'une ès petite quantité de sang, puisqu'on n'avait divisé aucun aisseau assez gros pour être lié immédiatement, supporit très bien et sans trop se plaindre les douleurs inévitbles d'une dissection assez minutieuse, lorsque tout à oup on entend un sifflement prolongé, analogue à celui ui est produit par l'introduction de l'air dans un récipient us lequel on a fait le vide. L'opérateur s'arrêta un insınt, étonné. *Si nous n'étions aussi loin, dit-il, des voies ériennes, nous croirions les avoir ouvertes.* A peine avait-il hevé sa phrase et donné le dernier coup qui devait sérrer la tumeur, que la malade s'écrie : Je suis morte! et ussitôt elle est prise d'un tremblement général, puis s'afisse sur sa chaise et tombe sans mouvement et sans e.

On employa tous les moyens imaginables de ranimer ction du cœur; on fit des aspersions froides sur le visage sur le corps; on renouvela l'air extérieur, *Dupuytren* -même insuffla de l'air dans les poumons, pendant que s aides pratiquaient, soit sur la région précordiale, soit r toutes les parties du corps, des frictions vigoureuses ec les mains ou des linges imbibés d'ammoniaque; on rsa quelques gouttes d'éther dans la bouche; on irrita la

membrane pituitaire avec de l'alcali volatil; on introduisit de la fumée de tabac dans le rectum et dans les fosses nasales; enfin, on mit en usage, et presque simultanément, tous les moyens connus de remédier à la syncope et à l'asphyxie : tout fut inutile; la chaleur s'éteignit peu à peu, dans les extrémités d'abord, puis dans le tronc; et telle avait été la surprise générale, que cette circonstance, en prouvant le réalité d'une mort qui frappait de consternation tous ceux qui en avaient été témoins, put seule faire cesser l'administration des secours qu'on prodigua pendant plusieurs heures à cette jeune fille, dans l'espoir, qu'on n'abandonna qu'aux derniers instants, de la rappeler à la vie.

On avait trop d'intérêt à connaître la cause de la mort pour ne pas faire l'autopsie du cadavre avec le plus grand soin. L'opération avait été faite en présence d'un grand concours d'élèves, l'ouverture eut lieu de même en leur présence vingt-quatre heures après. Le corps était encore roide, et il n'existait aucune trace de putréfaction. On commença par l'appareil circulatoire. Le péricarde était sain; l'oreillette droite était distendue par de l'air, qui lui donnait une tension élastique, et lorsque ses parois furent incisées, cet air s'en échappa en grande quantité et sans mélange de sang. Cette cavité contenait cependant une petite quantité de ce liquide non concrété. Du sang, également à l'état liquide, se rencontra dans les cavités du cœur qui étaient saines, et dans les artères ainsi que dans les veines du corps, des membranes et du cerveau. Il y était mêlé à une si grande quantité d'air, que les vaisseaux, piqués de distance en distance, laissaient partout échapper des bulles mêlées à du sang. L'examen le plus minutieux des autres parties de l'organisme n'y put rien faire découvrir d'anormal. Les voies aériennes étaient intactes; aucun vaisseau considérable n'avait été ouvert. Quelques ramifications veineuses étaient seules divisées au fond de la plaie; la

colonne vertébrale n'offrait aucun dérangement, dans sa région cervicale. non plus que partout ailleurs; le cerveau, l'estomac, le poumon, les muscles, tout présentait l'aspect accoutumé et témoignait de l'existence d'une santé parfaite chez le sujet.

On ne peut disconvenir qu'un pareil accident a quelque chose d'étrange. Cependant si on le compare aux faits observés chez les animaux dont il a été question précédemment, on ne tarde pas à voir qu'il est loin d'être parfaitement semblable. En effet rien n'indique absolument que la veine jugulaire interne, ni même la jugulaire externe ait été ouverte pendant l'opération qui, d'ailleurs, ne fut point terminée. Il n'y avait que de l'air dans l'oreillette, et que du sang dans le ventricule. Or, nous avons vu chez les animaux que le mélange du sang et de l'air était toujours intime, et qu'il se présentait sous forme de *mousse* d'un rouge vif, soit dans l'oreillette, soit dans le ventricule. La mort eut lieu brusquement, sans convulsions, et jamais elle n'est arrivée de la sorte dans nos expériences. C'est donc un fait qui laisse encore beaucoup à désirer, même en l'acceptant tel qu'il a été donné.

Obs. III. — A la même époque, il fut question d'un accident pareil arrivé à M. *Graefe*, de Berlin; mais ce fait dont je n'ai pu trouver les détails nulle part, n'est, je crois, qu'un *on dit;* à moins que, prenant le nom de M. *Graefe* pour le journal qu'il rédige, on n'ait voulu parler d'une observation de *Klein*.

Obs. IV. — On trouve, en effet, dans le tome premier, page 120 du journal de *Graefe* et *Walther*, que M. *Klein* de Stuttgard, faisant l'extirpation de la glande thyroïde chez un enfant sourd-muet, vit son malade mourir en moins d'une minute. Mais, en 1814, époque à laquelle cette opération fut pratiquée, on ne pensait point au danger de l'introduction de l'air dans les veines, et ce n'est que long-

temps après qu'on a pu invoquer ce fait à l'appui de celui de *Dupuytren*.

Obs. V. — *Dupuytren* citait aussi un exemple du même genre, recueilli dans la pratique de M. *A. Cooper*; mais on ne trouve rien dans les œuvres de ce chirurgien qui puisse éclairer sur une observation pareille, et M. *Olivier* d'Angers est le seul qui, sur un *on dit*, ait cru devoir en parler brièvement dans le *Dictionnaire de médecine* en 25 volumes (t. 2, p. 70.)

Je n'ai pas besoin d'ajouter, il me semble que, dans une question aussi grave, de semblables preuves n'ont aucune valeur.

Obs. VI. — En 1826, un chirurgien de Lunéville, M. *Castara*, pratiquant la dissection d'une tumeur qui occupait la fosse sous-épineuse de l'épaule droite, entendit tout à coup une sorte de *glouglou* au fond de la plaie. Le malade, âgé de vingt-un ans, tombe en syncope et meurt brusquement, sans mouvements convulsifs. Vingt-quatre heures après la mort, on trouva les cavités droites du cœur remplies de sang liquide, mélangé d'une grande quantité de bulles d'air. Il y en avait aussi dans les cavités gauches de cet organe. Tout le système veineux du membre supérieur, y compris l'avant-bras, en était également rempli. La seule veine ouverte était une branche de la sous-scapulaire, et son ouverture avait *moins d'une ligne* de diamètre.

Il y a, dans ce fait, des particularités tout à fait remarquables; c'est le seul qui puisse jusqu'ici être comparé, relativement à l'état du sang dans le cœur, à ce que l'expérience sur les animaux nous a démontré. Mais le malade est mort brusquement, et jamais cela ne s'observe dans les expériences directes. Une ouverture aussi petite, et d'une veine en dehors de l'axillaire, ne permet pas l'entrée de l'air au point d'exposer à de véritables dangers, ni sur les chiens ni sur les chevaux. On ne comprend point ensuite la présence de l'air dans les veines de l'avant-bras droit, lorsque

ce gaz ne s'est retrouvé ni dans la veine-cave inférieure, ni dans le membre thoracique gauche. Quoique l'un des plus probants, le fait de M. *Castara* peut donc encore laisser quelques doutes dans l'esprit.

Obs. VII. — Deux ans plus tard, en 1828, un chirurgien célèbre de New-York, *M. Mott,* publia (1) l'observation d'une extirpation de tumeur qui s'étendait de la région parotidienne sur la face. Pendant l'opération, on ouvrit la veine faciale; un bruit particulier fut entendu; il y eut un cri de détresse de la part du malade, puis menace de syncope; mais enfin la mort n'eut pas lieu. Rien ne prouve, en conséquence, que ces accidents aient été causés par l'entrée de l'air dans les veines, d'autant mieux que la veine faciale n'est point dans les conditions anatomiques qui semblent permettre cet accident.

Obs. VIII. — Faisant l'extirpation du bras pour une tumeur fongueuse chez un homme âgé d'une trentaine d'années, *Delpeck* (2) entendit deux *reniflements* avant d'avoir traversé l'articulation, vit le malade tomber deux fois en syncope, et mourir immédiatement. L'hémorrhagie avait été peu abondante. Le cadavre fut placé sous l'eau, et l'on trouva une quantité considérable de bulles d'air dans les cavités droites du cœur.

Ici encore, on est bientôt arrêté par une foule de difficultés sérieuses. D'abord, il ne s'agit ni de la veine axillaire, ni de la sous-clavière, mais bien seulement des veines du moignon de l'épaule, et nous avons vu que, à cette distance du thorax, l'absorption de l'air paraît impossible; ensuite, ce n'est point un reniflement qu'on entend chez les animaux, ce n'est point tout à coup qu'ils succombent. en outre, on ne sait point dans quel état était l'air qui remplissait les seules cavités droites du cœur.

(1) *Journ. of surg. and med. scien.*, nov. 1828, p. 127.
(2) *Mémorial des hôpitaux du midi*, 2e année, p. 231 et 654.

Étant à l'Hôtel-Dieu de Paris, *M. Clémot* de Rochefort raconta à *Dupuytren*, qui venait de tenter l'enlèvement d'une tumeur thyroïdienne, les trois faits suivants :

Obs. IX.—Une femme, à laquelle *M. Clémot* avait extirpé un sein cancéreux, du poids de *douze livres*, mourut quelques heures après l'opération, et l'on trouva de l'air dans les veines qui allaient de la plaie au cœur, ainsi que dans les cavités droites de cet organe.

Obs. X. — Dans un autre cas, *M. Clémot*, disséquant une tumeur de l'aisselle, entendit tout à coup un bruit *d'aspiration*. On crut que la poitrine avait été ouverte; le malade eut une syncope; mais revint bientôt à lui.

N'est-il pas clair que des faits aussi vaguement exposés, sont absolument incapables de convaincre personne ?

Obs. XI. — La troisième observation, attribuée à *M. Clémot*, concerne une ligature d'artère sous-clavière. Une *petite veine* avait été ouverte; un bruit d'aspiration se fait entendre; le doigt, posé sur la veine, fait cesser ce bruit, qu'on laisse reparaître et qu'on arrête ainsi successivement à plusieurs reprises. Il n'en est résulté aucun accident.

Un chirurgien distingué de Boston, *M. Warren*, publia, en 1832, dans les journaux américains (1), et a reproduit dans son ouvrage sur les tumeurs, deux faits qui me paraissent avoir été admis aussi sans preuves suffisantes dans la question que je discute maintenant.

Obs. XII. — *W. Buril*, âgé de soixante ans, portait une tumeur cancéreuse dans la région parotidienne et à la face. En découvrant l'artère carotide qu'il voulait lier, *M. Warren* ouvrit une veine, entendit un bruit semblable à celui que font des bulles d'air qui traversent l'eau; le malade dit qu'il se trouvait mal; il survint des symptô-

(1) *Gaz. méd.*, 1833, p. 226. *Arch. gén. de méd.*, t. XXXI, p. 419.

mes apoplectiques; on ouvrit l'artère temporale; les accidents commencèrent à se dissiper au bout de deux heures, et le lendemain il n'y en avait plus de traces.

Obs. XIII. — Le même chirurgien rapporte qu'en disséquant une tumeur de l'aisselle chez une femme nommée *Nancy Barker*, il entendit un bruit de *bouillonnement* ou de *gloussement* peu distinct, que la malade perdit toute sensibilité, et présenta une respiration apoplectique. Malgré tous les excitants, de l'eau-de-vie introduite dans le larynx, la trachéotomie, l'insufflation pulmonaire, etc., cette femme mourut au bout de quelques heures; on ne put en obtenir l'autopsie.

Si je ne me trompe, ces observations ne sont point de nature à satisfaire toutes les exigences des esprits sévères. Dans le premier cas, on ne voit presque aucun des caractères qui signalent l'entrée de l'air dans les veines des animaux, et le malade n'en est point mort. Dans le second, il ne s'agissait que d'une petite veine sous scapulaire, divisée à près d'un pouce du tronc de l'axillaire. D'ailleurs, ces symptômes d'apoplexie qui ont duré plusieurs heures sur un sujet qui reste insensible, auquel on ouvre l'artère temporale, qu'on soumet à des vapeurs d'ammoniaque, à l'introduction de l'alcool dans les bronches, à la laryngotomie, n'ont que peu d'analogie, il me semble, avec les résultats de nos expériences. Tout ce que l'on peut dire, c'est que les veines ouvertes chez ces deux sujets, occupent une région où l'entrée de l'air est véritablement possible.

Obs. XIV. — Une observation dont MM. *Pategnat* et *Gueretin* ont parlé dans leurs thèses, et qu'on attribue à M. *Hodge* ou *Lodge* (1), paraît bien plus étrange qu'aucune de celles que j'ai citées jusqu'ici. A en croire ce médecin, un malade serait mort brusquement par l'introduction de l'air dans les veines, au moment où *Dupuytren* venait de

(1) *Gaz. méd.*, 1833, p. 227.

lui ouvrir la saphène interne ! Mais ce fait dont personne n'a eu connaissance à Paris, et qui nous est revenu d'Amérique, où il avait été communiqué à M. *Warren* par l'auteur, est trop invraisemblable pour mériter d'être discuté.

Obs. XV. — M. *Puydebat* (1) et M. *Forget* (2), ont publié l'observation d'une jeune femme âgée de dix-huit ans, qui fut opérée par M. *Roux*, en 1832, d'une tumeur lymphatique qu'elle portait vers la région parotidienne. Pendant qu'on soulevait cette tumeur, on entendit un *sifflement*, et la malade poussa aussitôt un cri plaintif en s'agitant vivement. Une syncope eut lieu; mais elle ne fut pas de longue durée. La malade alla bien pendant quelques jours, et ne mourut qu'au bout d'une semaine. On trouva des bulles d'air dans tous les vaisseaux.

S'il est vrai que quelques uns des symptômes produits par l'entrée de l'air dans le système veineux se soient montrés ici, il est cependant impossible d'admettre la chose comme démontrée, et de ne pas croire tout aussi bien à une simple syncope. On ne sait pas d'abord quelle fut la veine ouverte; la mort, n'étant survenue qu'au bout de sept jours, est incontestablement indépendante de l'air qui aurait pu pénétrer dans le cœur au moment de l'opération.

Obs. XVI.—On trouve dans la *Gazette médicale* de 1833, et dans la thèse de *M. Putegnat*, l'observation suivante communiquée par *M. Duplat* : voulant enlever un prolongement cancéreux qui s'étendait du sein à l'aisselle, M. *Goulard* lésa une veine, qu'il crut être la veine axillaire, mais dont il s'écoula peu de sang. Au même moment, la malade fut prise de mouvements convulsifs à la face et mourut. On ne fit point l'ouverture du cadavre.

Je ne voudrais point soutenir, sans doute, que l'air in-

(1) *Gaz. méd.*, 1833, p. 498.
(2) *Transact. méd.*, t. V, p. 75.

troduit dans les veines n'a pas causé la mort de cette femme; mais je ne puis m'empêcher de dire qu'on ne trouve nullement la preuve du fait dans l'observation de M. *Duplat*. Avec des détails aussi vagues, il est impossible qu'un fait puisse rien prouver.

Obs. XVII. — J'en dirai autant d'un cas emprunté à M. *Ulrich* (1). Il s'agit ici d'une extirpation de tumeur du cou, dans laquelle on ouvrit la veine jugulaire interne. On entendit un *sifflement;* la mort eut lieu *en une minute.* L'oreillette droite était distendue par de l'air et ne contenait pas de sang. Il y avait du sang noir et liquide, mais *pas d'air* dans le ventricule correspondant.

Or, il est constant que chez les animaux la mort n'arrive jamais en une minute; que l'oreillette contient à la fois du sang et de l'air; qu'il en est de même du ventricule, et que, loin d'être noir, le sang est toujours d'un rouge assez vif.

Obs. XVIII. — La même remarque s'applique, avec plus de force encore, aux faits de M. *Barlow*. Ce chirurgien, enlevant une tumeur de la joue, divisa quelques veines variqueuses, vit une syncope survenir et en accusa l'introduction de l'air dans les veines, quoique la malade revînt promptement à elle.

Obs. XIX. — Dans un autre cas, également recueilli sur une femme, M. *Barlow* extirpait une tumeur du cou. Pendant qu'il disséquait la peau, il entendit un *sifflement*, un *gargouillement*, et le malade mourut subitement, *sans soupirs ni convulsions.* L'autopsie du cadavre ne fut pas faite.

Ainsi, d'une part, c'est à la joue, et les expériences disent que, dans cette région, les veines n'absorbent pas l'air; d'autre part, la veine ouverte ne peut être que la jugulaire externe tout au plus; la mort est subite, sans

(1) *Journ. des conn. méd.-chirurg.*, t. II, p. 91, et *Gaz. méd. de Berlin.*

mouvements convulsifs; et cependant les choses ne se passent jamais ainsi sur les animaux! D'ailleurs, l'absence d'ouverture du cadavre rend le fait absolument incomplet.

Obs. XX. — Une observation, moins connue que les précédentes, est celle qui a été publiée par *M. Rigaud* (1). En découvrant l'artère sous-clavière pour remédier à un anévrysme de l'aisselle, ce praticien, en agrandissant la plaie extérieure, ouvrit une veine qu'il *crut* être la jugulaire externe. Un *bruit particulier*, une sorte d'*aspiration* de l'air se fit entendre par trois fois. Cependant M. *Rigaud*, d'ailleurs très effrayé par le souvenir de l'observation de *Dupuytren*, ne vit survenir aucun symptôme fâcheux, et le malade mourut environ six semaines après d'accidents étrangers à l'introduction de l'air dans les veines.

Ici, on constate l'existence du bruit, la sortie de bulles d'air par les bouts de la veine divisée, une sorte de *bouillonnement* au fond de la plaie, et cependant aucun symptôme particulier ne se manifeste du côté des fonctions viscérales! On est donc, en quelque sorte, forcé de conclure ou que M. *Rigaud* s'en est laissé imposer, ou que l'introduction d'une assez grande quantité d'air dans les veines n'est pas toujours dangereuse.

Obs. XXI. — Si je passe à l'examen d'une des observations qui, après celle de *Dupuytren*, ont le plus frappé l'attention du public, c'est à dire au fait qui appartient à M. *Roux*, j'y rencontre un mélange de circonstances tel qu'il m'est bien difficile d'en faire un élément de conviction.

Un homme, d'ailleurs bien constitué, entre à l'Hôtel-Dieu pour une brûlure qui comprend presque tout le côté droit de la tête, une grande partie de la hanche et du membre abdominal correspondant, et qui a, pour ainsi dire, sphacelé la totalité du membre thoracique, jusqu'à

(1) Quelques faits de pratique chirurgicale, 1836.

quelques travers de doigt au dessous de l'épaule. Cet homme, après l'avoir refusée d'abord, réclama, quatre jours après, la désarticulation de son bras. Il était au commencement de la période de réaction lorsqu'on le transporta à l'amphithéâtre. Ayant à peine taillé le lambeau postérieure dans le deltoïde, M. *Roux* s'aperçut que le malade était pâle et semblait tomber en syncope. On se hâta d'ouvrir la capsule; un aide fit la compression des vaisseaux axillaires, et l'on termina la désarticulation par la section du lambeau interne ou antérieur, comme dans le procédé de *Desault*. Mais le malade n'avait plus donné signe de vie, et rien ne put ranimer chez lui la circulation. Quelques personnes dirent après qu'elles avaient *cru* entendre une sorte de bruit, un sifflement. A l'ouverture du corps, on trouva des gaz dans les vaisseaux et dans le cœur (1).

On ne peut s'empêcher de remarquer que dans ce fait il manque une foule de données, et qu'il ne remplit point les conditions dont il a été parlé dans l'exposé des expériences directes relatives à l'entrée de l'air dans les veines. On n'est pas bien sûr d'avoir entendu le bruit : les veines ouvertes étaient tout au plus des branches scapulaires de la jugulaire interne : la mort a été subite, sans prélude, sans convulsions; il n'y avait point de liquide écumeux dans le cœur : l'air dont on parle n'est que très incomplètement caractérisé. Puis, est-il donc indispensable de recourir à l'entrée de l'air dans les veines pour expliquer la mort d'un sujet affecté d'une aussi vaste brûlure, pendant qu'on le soumet à la désarticulation de l'épaule !

Obs. XXII.—Pendant que cette discussion était pendante au sein de l'académie, on a fait dire à *M. Duportail* (2)

(1) *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, t. IV, p. 108. *Revue méd*, 1836, t. II, p. 417.

(2) *Gazette médicale*, 1837, p. 757. *Lancette française*, 1837, p. 422.

que *Dupuytren* avait perdu un autre malade par l'introduction de l'air dans les veines, pendant qu'il cherchait à le débarrasser d'une tumeur axillaire. On ajoute, dans les journaux que je viens de citer, que l'accident est arrivé aussi à *M. Roux* et à plusieurs autres praticiens, par suite de la même opération dans six cas; mais tout indique que ce sont là de pures assertions sans preuves, dues à quelque malentendu, ou fondées sur de simples *ouï-dires*.

Obs. XXIII. — On trouve dans les *Bulletins de l'Académie* (1) l'extrait suivant. Pendant qu'il pratiquait au cou d'une femme âgée de soixante ans l'extirpation d'une tumeur, *M. Delaporte* fut effrayé par un *sifflement* et par la syncope, qui survint brusquement chez la malade. Cet accident n'eut cependant aucune suite fâcheuse, et la femme s'est très bien rétablie. Dans ce fait, on comprend que la veine jugulaire ait pu être blessée et que l'air atmosphérique ait pu s'y engager. Mais en admettant la chose comme positive, il faudrait en conclure (ce dont les expériences sur les animaux vivants ne permettent pas d'ailleurs de douter) que cet accident est loin d'être toujours mortel. On conviendra, d'un autre côté, qu'il n'y a pas là matière à conviction.

Obs. XXIV. — J'en dirai autant d'une observation publiée par *M. Malgaigne* (2): Pendant une ablation de mâchoire et de ganglions du cou, ce chirurgien ouvrit la jugulaire externe. Le sifflement, bruit appelé à tort caractéristique, se fit entendre, mais il n'en résulta aucun accident fâcheux.

Obs. XXV. — Voyons jusqu'à quel point l'observation communiquée par *M. Amussat* est concluante. Ce chirurgien extirpait une tumeur du sein chez une femme

(1) T. I, p. 132.
(2) *Gaz. méd.*, 1836, p. 167.

âgée de quarante-sept ans. Un coup de bistouri porté au dessous de la clavicule pour détacher des granulations squirrheuses fut suivi d'un *bruit saccadé*, et comme en *zig-zag*. La malade dit qu'elle allait mourir, et fut sur le point de tomber en syncope. On fit comprimer le point blessé, et on exerça aussi une compression saccadée sur la poitrine; cette défaillance n'eut pas de suite, et l'opération fut terminée sans autre accident (1).

Ainsi c'est sur le sein qu'on opère; c'est à quelques pouces au-dessous de la clavicule que porte l'incision. Là on ne peut ouvrir que quelques branches des veines mammaires; on entend un bruit en zig-zag; la malade dit qu'elle se meurt, puis elle revient à elle. Il me semble que tout ceci est loin de prouver l'introduction de l'air dans le cœur, et qu'il est difficile de trouver un fait moins concluant.

Obs. XXVI. — A la même époque j'avais recueilli de mon côté une observation de ce genre que je communiquai à l'Académie (2). Au moment où je détachais, par sa face profonde, une tumeur du cou qui pénétrait jusqu'aux vaisseaux carotidiens chez une femme âgée de trente-six ans environ, j'ouvris la veine jugulaire interne; un sifflement manifeste eut lieu; puis une sorte de bouillonnement se fit remarquer au fond de la plaie; la malade, qui s'écria aussi qu'elle mourait, tomba effectivement en syncope. Je fis placer un doigt sur l'ouverture de la veine et terminai d'un coup de bistouri la section de la tumeur. Je me hâtai de recourir aux moyens employés contre les syncopes ordinaires et les accidents disparurent bientôt. Cette femme sortit de l'hôpital un mois après, le jour même où M. *Amussat* vint communiquer son observation à l'Académie.

Sans doute que dans cette observation il y a quelque

(1) *Bulletins de l'Académie*, t. I, p. 894.
(2) *Bulletins*, t. I, p. 896.

chose de ce qu'on observe chez les animaux dans l'expérimentation directe. Ce bruit, ce bouillonnement, causés par l'agitation d'un mélange de sang et de bulles d'air au fond de la plaie, cette tendance immédiate à la syncope, accompagnée d'angoisses et de légers mouvements convulsifs, ont quelque chose qui frappe et qui étonne. Ayant observé tout cela chez la malade dont je parle, j'en fus, je dois l'avouer, fort effrayé. Aujourd'hui cependant serais-je en mesure de démontrer qu'il s'agissait là d'accidents produits par l'entrée de l'air dans les veines; Trouve-t-on dans ce fait tous les éléments d'une conviction bien fondée? Je n'oserais pas l'affirmer.

Obs. XXVII. — M. *Malle* a rapporté (1) une observation presque semblable à la mienne; l'ouverture de la veine jugulaire interne eut lieu pendant que *M. Begin* extirpait une tumeur du cou, et laissa entendre un bruit particulier, une sorte de *glouglou;* il n'en résulta cependant aucun accident particulier.

Obs. XXVIII. — Il semblerait, d'après M. *Gueretin* (2), qu'un accident pareil à celui de *Dupuytren* soit arrivé à M. *Mirault d'Angers.* En disséquant une tumeur qui occupait le côté droit du cou, M. *Mirault*, qui avait sans doute blessé la jugulaire interne, entendit un premier sifflement, puis un second et un troisième bruit du même genre. Des mouvements *tétaniques* eurent lieu. Le malade revint à lui au bout de huit minutes, se trouva bien ensuite, et n'avait pas perdu douze onces de sang. Trois heures après, il mourut brusquement.

Je ne voudrais point nier ici la possibilité de l'entrée de l'air dans le cœur, puisqu'il s'agit d'une opération pratiquée au voisinage de la jugulaire interne; mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer que ce n'est point après trois

(1) *Presse médicale*, p. 463.
(2) Thèse, 1837, n° 194.

heures de calme que ce gaz fait mourir les animaux. Le manque d'autopsie enlève d'ailleurs à ce fait sa plus grande valeur.

Obs. XXIX. En opérant une femme d'un cancer au sein, et pendant qu'il engageait sa malade à écarter le bras du tronc, M. *Toulmouche* a remarqué que l'incision, pratiquée par M. *Duval*, fut à l'instant suivie d'un *sifflement* analogue au bruit d'une *respiration bruyante* un peu prolongée. La malade eut une syncope, et les assistants la crurent morte; mais elle revint bientôt et finit par reprendre tout à fait ses sens (1).

Là encore il ne peut être question de veine peu volumineuse, étrangère au tronc de l'axillaire et de la sous-clavière; de sorte qu'il serait bien difficile de rien conclure de rigoureux avec une observation pareille.

Obs. XXX. — Un autre fait est consigné dans la thèse de M. *Putegnat*. Ce médecin raconte qu'on lui communiqua l'observation d'un homme qui, frappé d'apoplexie, fut saigné immédiatement de la jugulaire. Après cette saignée, la mort eut lieu subitement, et on trouva de l'air dans l'oreillette droite (2).

On ne voit pas d'abord ce qui peut avoir fait croire que le malade est mort ici plutôt par l'introduction de l'air dans les veines, que par suite de l'apoplexie. D'ailleurs, ce n'est pas avec des exemples aussi vaguement circonstanciés qu'on peut éclaircir des faits douteux.

Obs. XXXI. — Voici une observation bien plus extraordinaire encore : une femme enceinte de sept mois est prise d'hémorrhagie utérine. M. *Maugeis* la saigne au bras. Huit onces de sang étaient à peine écoulées que la malade jette un cri plaintif et meurt. Rien sur l'autopsie.

Que dire d'un pareil fait? « Si la mort n'a pas été pro-

(1) *Bulletins de l'Académie*, t. II, p. 146.

(2) Thèse n° 56, 1834.

duite ici par l'entrée de l'air dans les veines, qui donc, s'écrie M. *Maugeis*, a pu la déterminer. » A la place de ce praticien ma réponse serait facile, je me bornerais à dire : « Je n'en sais rien. »

M. *Dubourg* a communiqué une autre observation qui est tout aussi peu concluante. M. *Roux*, qui l'a fait connaître, en convient lui-même.

Tels sont les principaux faits, recueillis sur l'homme, que j'ai pu rassembler concernant l'introduction de l'air dans les veines. Nul doute qu'il ne fût possible de leur en adjoindre d'autres s'il était permis d'en rapprocher tous les cas de mort brusque arrivée pendant les opérations chirurgicales sans explication satisfaisante. C'est ainsi, par exemple, qu'on expliquerait la mort presque instantanée d'un malade opéré de la trachéotomie en 1835 à l'Hôtel-Dieu, par *M. Trousseau*, et de plusieurs des individus qui ont péri pendant qu'on cherchait à les débarrasser de tumeurs thyroïdiennes; mais comme personne n'a parlé de l'introduction de l'air dans ces cas, il est inutile de s'y arrêter.

Les animaux eux-mêmes sont quelquefois soumis à des opérations qui ont fait naître les mêmes accidents et les mêmes idées que chez l'homme. Les vétérinaires savent depuis longtemps, par exemple, qu'en ouvrant la veine jugulaire du cheval on peut, ainsi que je l'ai déjà dit, faire périr brusquement l'animal.

M. *Boulay* jeune, a depuis longtemps consigné dans le *Journal de Physiologie expérimentale* de *M. Magendie*, un fait qu'il a reproduit dans la discussion qui a lieu à l'Académie de médecine, et que M. *Putegnat* rappelle dans sa thèse, p. 32. Ce fait ne manque pas d'une certaine valeur. Il saignait un cheval au cou; au moment où il cherchait à soulever la veine pour pratiquer la suture de la plaie, il entendit un bruit particulier, et l'animal, pris de tremblement, tomba bientôt par terre. Cependant le sang conti-

nuant de couler, fit peu à peu disparaître ces premiers accidents, et le cheval ne tarda pas à se rétablir.

Une observation absolument semblable a été rapportée depuis par M. *Gérard*. J'ai déjà dit qu'un exemple pareil avait été relaté dès l'année 1806, par *Verrier*. M. *Leblanc* m'a dit connaître six autres faits du même genre.

Dans ces exemples, on voit bien en effet les premiers accidents qui se manifestent par suite de l'introduction de l'air dans les veines du cheval; il est difficile de n'y pas voir aussi une partie de ce qu'on a signalé dans l'homme. On conviendra cependant que tout ceci n'est guère concluant; que de pareils faits ne pourraient compter dans la science que si la question capitale était hors de discussion.

Avant les expériences même de *Nysten*, *Legallois* père signalait déjà, en 1808, des accidents qu'il attribuait à l'introduction de l'air dans les veines, et qui seraient bien plus surprenant encore que tout ce que l'on dit aujourd'hui, s'il fallait accepter l'interprétation qu'en donne ce physiologiste. Ainsi, *Legallois* aurait vu trois fois la mort arriver brusquement chez des femelles de lapins dont la matrice venait d'être débarrassée du produit de la conception, et cela parce que l'air atmosphérique pénétrant jusqu'aux cornes de l'utérus, serait entré dans le système veineux et le cœur de ces animaux.

Je ne sais si *Legallois* ne serait pas cet expérimentateur dont *Nysten* dit avoir à se plaindre; mais à coup sûr les faits qu'il annonce ne convaincront aucun des physiologistes qui ont assisté aux expériences modernes.

Je ne pense pas que *Legallois* fils, qui rappelle en passant les expériences de son père (1), et qui avance que les cas de mort subite arrivés chez certaines femmes peu de temps après l'accouchement, résultent probablement de l'entrée de l'air dans les veines par l'utérus, inspire en

(1) *Journ. hebdom.*, t. III, p. 183 *et suiv.*

réalité beaucoup plus de confiance. Ceci est trop contraire à ce que toutes les recherches ultérieures ont appris pour être admis maintenant dans la science.

Faisant abstraction de ces quelques faits propres aux animaux, je puis reprendre actuellement les observations appartenant à l'homme, et les diviser en quatre groupes, l'un pour les faits insignifiants, le deuxième pour les faits où la mort n'est point survenue, un troisième pour les cas suivis de mort, mais sans autopsie, et le quatrième pour les faits avec autopsie.

Premier groupe. — *Cas à rejeter.* Je range parmi les faits insignifiants ceux qui ne reposent que sur de simples ouï-dires. Ils sont au nombre de quatre : ce sont ceux de MM. *Graefe, Cooper, Lodge* et *Duportail.* Tout indique en effet que ces faits n'existent point et qu'ils n'ont été signalés que par suite de quelque méprise.

Deuxième groupe. — *Cas non suivis de mort.* Quinze des observations analysées plus haut, indiquant que les malades se sont d'abord rétablis, semblent au moins prouver qu'ils ne sont pas morts sous l'influence des premiers accidents. Ces observations appartiennent à MM. *Mott, Clemot, Barlow, Warren, Roux, Mirault, Rigaud, Delaporte, Malle, Dubourg, Malgaigne, Bégin, Toulmouche, Amussat,* et à moi; total quinze.

Ces quinze observations sont de valeur très diverse. Celles de M. *Rigaud,* de M. *Malgaigne* et de M. *Malle,* indiquent seulement une blessure de la veine jugulaire externe. Celles de MM. *Amussat* et *Toulmouche* ne se rapportent qu'aux veines mammaires. Dans le fait de M. *Barlow,* et dans plusieurs de M. *Clemot,* il semble bien aussi que la blessure soit étrangère aux veines soit axillaire, soit jugulaire interne. Il ne reste donc que celles de MM. *Roux, Warren, Begin, Delaporte, Dubourg,* et celle qui m'est propre, avec une de celles de M. *Clemot,* qui permettent de regarder le fait comme possible, d'après la région et le

point des veines blessées. L'observation empruntée par M. *Gueretin* à la pratique de M. *Mirault* laisse dans le doute sur la veine ouverte.

Troisième groupe. — *Cas suivis de mort, sans autopsie.* Les cas suivis de mort, mais qui n'ont pas été accompagnés d'autopsie, sont au nombre de six, et sont garantis par le nom de MM. *Warren*, 1; *Clemot*, 1; *Barlow*, 1; *Goulard*, 1; *Klein*, 1; et *Maugeis*, 1; total 6.

Dans ces six cas, on voit que la blessure portait sur une veine mal déterminée pour celui de M. *Clemot*, probablement sur la jugulaire interne pour celui de M. *Barlow*, le plexus thyroïdien dans celui de *Klein*, une branche sous-scapulaire pour celui de M. *Warren*. M. *Duplat* dit positivement que c'était l'axillaire dans le fait qu'il attribue à M. *Goulard*. La veine médiane du pli du bras fut seule ouverte dans le fait de M. *Maugeis*. Ce simple résumé montre assez le vague qui doit rester dans l'esprit en présence de pareils faits.

Quatrième groupe. — *Cas suivis de mort avec autopsie.* Dans ce dernier groupe, je trouve sept observations; elles appartiennent à M. *Piedagnel*, à *Dupuytren* et à *Delpech*; à MM. *Castara*, *Ulrich*, *Roux* et *Putegnat*, total 7. Celle de M. *Putegnat* étant donnée sans détail aucun, et sur la parole d'un tiers, doit être, je crois, mise de côté. M. *Piédagnel* dit que c'était la veine jugulaire externe qui fut blessée chez le malade de *Beauchêne*. Ce praticien m'a dit aussi que, dans le fait de *Dupuytren*, la tumeur occupait la région postérieure et latérale droite du cou; il n'est pas possible, en conséquence, que la veine jugulaire interne ou la sous-clavière aient été atteintes. Dans le fait de M. *Roux* et celui de *Delpech*, il s'agissait d'une désarticulation de l'épaule, et des veines éloignées avaient seules été blessées lorsque les accidents survinrent. M. *Saucerotte* dit que chez le malade de M. *Castara*, c'était comme chez celui de M. *Warren*, une veine sous-scapulaire qui avait

été ouverte dans l'étendue de moins d'une ligne. L'observation de M. *Ulrich* est donc la seule qui rappelle la région où, d'après nos expériences, l'introduction de l'air dans les veines paraît possible et dangereuse.

Si maintenant nous reprenons la question de plus haut, nous sommes, en quelque sorte, forcés d'admettre la conclusion suivante : ou les expériences auxquelles on s'est livré jusqu'ici sur les animaux vivants sont incomplètes et trompeuses, ou bien les observations d'introduction d'air dans les veines de l'homme dont il est question, ne sont pas concluantes. En y regardant avec la plus grande impartialité, je vois effectivement : 1° d'après l'expérimentation directe, qu'il faut une grande quantité d'air pour tuer un chien; que ce gaz ne s'introduit spontanément dans le cœur que par des ouvertures assez larges de la veine jugulaire, de la sous-clavière ou de l'axillaire ; que les cavités droites du cœur sont toujours distendues alors par une matière rouge, écumeuse, évidemment constituée par le mélange intime du sang avec de l'air ; 2° d'un autre côté, les faits recueillis sur l'homme me montrent que plusieurs d'entre eux portent sur les veines du sein ou de l'épaule, sur la jugulaire externe, ou sur les veines de la face. Dans les autres, l'ouverture de la veine était petite ; il n'a pu y entrer qu'une faible quantité d'air ; enfin l'autopsie ne montre dans aucun ce que l'expérience directe nous a permis de constater.

Un point que je dois relever, car il pourrait induire en erreur, est relatif à la manière dont on a cru réfuter l'interprétation que j'avais donnée des faits. M. *Roux*, par exemple, qui, en racontant plusieurs observations complètement étrangères au sujet, quoique intéressantes d'ailleurs, a trouvé fort étrange que j'essayasse de conclure des animaux à l'homme, que j'accusasse les observateurs de n'avoir pas entouré leurs faits de tous les détails convenables, qu'en repoussant une explication, je restasse sans

en donner une autre, M. *Roux* me paraît pourtant, je dois l'avouer, n'avoir éclairci aucun point de la question.

Dire qu'au moment d'accidents semblables à ceux dont il s'agit, le chirurgien n'a pas l'esprit assez libre, est trop inquiet, trop troublé, trop attristé enfin, pour songer à autre chose qu'au malheur qui menace le malade, pour tout noter avec soin, pour rendre un compte exact et circonstancié de ce qui s'est passé; qu'au milieu de circonstances pareilles, il serait injuste de reprocher aux opérateurs d'avoir fait connaître des observations dépourvues de détails suffisans ou mal rédigés, peut bien justifier les hommes qui se sont trouvés dans ces tristes circonstances; mais, je le demande, aux yeux de la science, qui fait abstraction des hommes, cela rend-il les faits meilleurs et plus concluants? N'est-ce pas avouer, tout d'abord, au contraire, que ces faits sont nécessairement incomplets, et que, dans une question aussi ardue, il est impossible de leur donner une confiance entière?

Accordant que les phénomènes observés sur les animaux sont loin de ressembler à ceux qu'on a signalés chez l'homme, M. *Roux* dit que cela ne prouvait rien. Puisque les accidents présentent des variétés nombreuses, même chez les divers individus de la même espèce, ou d'une espèce à l'autre, dans les expériences directes, on pouvait bien croire, dit-il, que les choses ne seraient pas les mêmes dans l'homme que sur les chiens. Je puis répondre que c'est là une supposition, et dont j'ai proposé de tenir compte longtemps avant que M. *Roux* en eût parlé. Mais il conviendra, de son côté, que ce n'est qu'une supposition, et que les différences sont si tranchées entre ce qu'on a dit de l'homme et ce qu'on voit sur les animaux, que, jusqu'à preuve contraire, il est impossible de ne pas conserver quelques doutes sur ce point. D'ailleurs, M. *Roux* semble avoir oublié qu'un pareil raisonnement autoriserait tout au plus à soupçonner, à présumer, à regarder comme pro-

bable ou comme très probable le fait en question, mais que ce n'est point ainsi qu'on peut en donner la démonstration. Or, de quoi s'agit-il ici? non pas de la question de savoir s'il est *possible*, *présumable*, ou même *très probable*, mais bien s'il est *démontré* d'une manière irrécusable que, dans les cas cités, la mort soit arrivée par l'effet de l'introduction de l'air dans les veines. On reste donc ainsi dans le doute qui est, selon moi, l'état réel de la question.

Quant aux reproches de ne point expliquer pourquoi les malades sont morts, si on ne veut pas qu'ils aient succombé à l'introduction de l'air dans les veines, je dirai que s'il fallait toujours admettre comme démontrés, ou hors de toute contestation, les faits dont on ne peut pas donner une autre explication, ou par cela seul qu'en niant l'explication d'un phénomène, on ne peut pas en donner une interprétation satisfaisante, la science ne tarderait certainement pas à être surchagée d'un infinité d'erreurs dangereuses.

Le dirai-je cependant? toutes les observations recueillies dans l'espèce humaine ont quelque chose d'étrange et de tout à fait insolite. S'il est vrai que des malades peuvent mourir de syncope, d'hémorrhagie, de frayeur, d'épuisement pendant la pratique de certaines opérations graves, il l'est aussi qu'alors la vie s'éteint avec un autre ordre de symptômes que ceux qui ont été relatés. Si on ôte du catalogue que je viens de rappeler les observations de *Klein*, de MM. *Duportail*, *Lodge*, *Cooper*, *Dubourg*, *Maugeis*, qui sont tout à fait insignifiantes, ou qui s'expliquent très bien sans l'intervention de l'air dans les veines, il est difficile de ne pas revenir à cette idée pour les autres. En supposant que dans les cas relatés par MM. *Rigaud*, *Clemot*, *Begin*, *Malgaigne* et dans le mien, le jet d'une petite artère contre quelques lamelles organiques, ou l'introduction de l'air dans quelques culs de sac sinueux, aient pu en imposer sous le point de vue de l'espèce de sifflement, de

glouglou ou de bouillonnement, signalés par les auteurs, il est à peu près impossible de ne pas admettre quelque chose de plus dans les faits de MM. *Piedagnel, Dupuytren, Castara, Delpech, Ulrich, Barlow, Waren* et *Goulard.*

Dans cet état d'incertitude, ne peut-on pas se demander si, au moment de l'opération chez l'homme, les veines *canalisées* par la nature même de la tumeur, ou par les tractions exercées sur elle, ne les auraient point mises momentanément dans l'état où se trouvent naturellement celles du sommet de la poitrine chez les animaux vivants et chez l'homme? A l'aide de cette interprétation on ne pourrait cependant faire rentrer dans le groupe des faits *très probables* que ceux de MM. *Goulard, Piedagnel, Dupuytren, Castara, Delpech, Warren* et *Mirault.* Il me paraît évident que rien n'avait opéré cette transformation dans les observations de MM. *Rigaud, Amussat, Toulmouche, Mott* et *Malgaigne.*

Serait-il possible alors d'invoquer l'*affaiblissement* préalable *des malades?* Tout indique, quoique nos expériences directes permettent encore quelques doutes sur ce point, qu'une grande perte de sang doit rendre l'entrée de l'air plus dangereuse. Mais en analysant les faits, nous voyons qu'à part ceux de M. *Piedagnel*, de M. *Roux* et de *Klein*, tous les malades étaient encore forts; que la plupart jouissaient d'ailleurs d'une parfaite santé, et qu'ils n'avaient guère perdu que quelques onces de sang au moment où les accidents se sont montrés.

Si on ne veut point abandonner cette comparaison, il ne reste plus qu'une dernière ressource, c'est d'admettre que, soit sous le rapport physique, soit sous le point de vue physiologique ou pathologique, les conditions de l'entrée de l'air dans les veines offrent de notables différences dans l'espèce humaine et dans les animaux. On pourrait regarder ces différences comme possibles en songeant que l'air dans les veines tue plus rapidement le cheval que le chien; que,

sous l'influence de ce gaz, la mort est plus rapide quand on tient l'animal dans telle attitude que dans telle autre; qu'avec de l'air poussé par la bouche on tue avec la rapidité de la foudre, tandis qu'avec une seringue il faut un assez long laps de temps pour arriver au même but.

Je ne me dissimule pas toutefois qu'aucune de ces raisons n'est concluante, et que rien de tout cela n'est de nature à mettre, pour le moment, l'exactitude de ce qu'on a dit en faveur de l'introduction de l'air dans les veines de l'homme hors de toute contestation.

Ce qu'il y a de plus raisonnable à invoquer contre toutes ces difficultés, c'est le défaut de précaution avec laquelle ont été rédigées les observations. Nul doute qu'avec des connaissances plus précises sur ce qui avait été fait, on ne fût entré dans des détails mieux circonstanciés sur ce qui concerne l'homme. Nul doute enfin qu'une foule de circonstances importantes n'aient été omises, inexactement rendues ou mal interprétées par les personnes qui ont publié ces observations. Ceci doit être dit sans en faire un reproche aux observateurs, car on ne tient bien compte de tout dans les faits fugitifs, complexes ou difficiles à saisir, que si la question à laquelle ils se rattachent a déjà fixé l'attention, et que si l'on est bien pénétré d'avance de tous les détails qu'il est possible de recueillir.

Résumé. — Au demeurant, et pour en dire toute ma pensée, je regarde comme *probable* l'introduction de l'air dans les veines de l'homme, dans les faits de *MM. Begin*, *Malgaigne*, *Mirault*, *Warren*, *Barlow*, *Delaporte*, dans l'un de ceux de *M. Clémot*, le premier qu'indique *M. Roux* et dans le mien. *Rien ne prouve* que l'accident ait eu lieu dans les cas de *MM. Toulmouche*, *Mott*; dans les deuxième et troisième de M. *Clémot*, et dans ceux de MM. *Rigaud*, *Dubourg*, *Maugeis* et *Amussat*. Cela me paraît *extrêmement probable* dans le cas de *Delpech* et dans celui de M. *Ulrich*, et je trouve le fait comme *presque certain* dans les observa-

tions de *Dupuytren*, de MM. *Castara* et *Goulard*. Mais en fin tout ceci ne peut être donné qu'à titre de croyance personnelle; car je conviens qu'aucun de ces faits n'est absolument comparable aux résultats de l'expérimentation directe, et qu'aux yeux de la science il n'en est pas un qui puisse entraîner une conviction absolue.

On le voit donc, je me trouve forcément ramené à la fin de ces débats à répéter ce que je disais de l'introduction de l'air dans les veines, en 1832, (1). « Sans nier la possibilité de ce phénomène, lorsque les veines forment des canaux béants jusque dans la poitrine, je crois que de nouvelles expériences sont indispensables pour résoudre la question. » J'ajouterai, comme je l'ai dit ailleurs (2) en 1833, que si le fait est exact sur l'homme, il faut en chercher une autre explication physique que celle qui a été donnée par MM. *Poiseuille* et *Bérard*; car on a évidemment observé ailleurs qu'au cou et à l'aisselle des phénomènes pareils à ceux qui semblent dénoter l'introduction de l'air dans les veines. »

Traitement. — Dans les questions scientifiques, il est un écueil qu'on doit tout faire pour éviter, c'est de prendre trop vite un parti, c'est de vouloir absolument conclure, malgré l'absence de preuves, soit pour, soit contre, c'est de ne vouloir s'en tenir presque à aucun prix dans les questions douteuses, au désespérant *je n'en sais rien*, qui fait si souvent le fond de nos richesses ou de nos réponses. De ce que les faits invoqués jusqu'ici en faveur de l'introduction de l'air dans les veines sont incomplets, on aurait tort d'en conclure que l'accident en lui-même n'a jamais existé. Pour moi, je le répète, ce genre d'accident me paraît s'être effectivement rencontré plusieurs fois; seulement, je sens que jusqu'à preuves plus concluantes, ce ne peut

(1) *Médec. opérat.*, t. II, p. 194.
(2) *Anat. chirur.*, t. I, p. 104, 458, 471. 2ᵉ édition.

être qu'une croyance personnelle, et qu'il n'y a rien aujourd'hui dans la science qui puisse transformer cette croyance en conviction générale. Nous sommes en face de ce phénomène, comme seraient des magistrats en face d'un criminel contre lequel il n'y aurait pas de témoins.

Avec cette pensée, j'ai dû songer comme tant d'autres aux moyens de conjurer les dangers attribués à l'introduction de l'air dans les veines.

L'esprit doit s'arrêter ici à deux ordres de secours, les uns préventifs, les autres curatifs.

Moyens préventifs. Une première difficulté rendra longtemps douteuse l'efficacité des essais qu'il serait possible de faire pour prévenir l'entrée de l'air dans les veines pendant les opérations. Cette difficulté tient à ce que personne ne peut dire d'avance si le phénomène aura ou n'aura pas lieu, suivant qu'on ouvre telle ou telle veine. Supposez, d'après cela, qu'une précaution ait été prise sur trois, six, dix ou quinze malades soumis à l'extirpation de tumeurs près du sommet de la poitrine, et que tous ces malades résistent à l'entrée de l'air. Les personnes qui auraient d'avance quelque foi en ces moyens ne manqueraient pas d'en conclure que si l'on n'avait rien fait, quelques uns des opérés eussent succombé. Cette conclusion, qui paraîtrait fort naturelle, pourrait bien cependant être tout à fait fautive. En effet, les cas d'introduction de l'air dans les veines qu'on a cités sont en réalité fort rares, comparés au nombre des opérations qui semblent de nature à la favoriser. J'ai, pour mon compte, pratiqué plus de cinquante fois l'extirpation de tumeurs sous-maxillaires, parotidiennes, axillaires, sous-claviculaires ou sus-sternales, qui m'ont mis dans la nécessité d'approcher très près des grosses veines de ces régions et assez souvent même de les ouvrir. Il est pourtant vrai de dire que les cas dont j'ai donné un extrait plus haut, et celui d'un jeune garçon, sont les seuls qui m'aient effrayé un instant sous le point

de vue de l'introduction de l'air dans les veines. J'ajouterai que, servant d'aide à M. *Roux*, j'ai vu ce chirurgien ouvrir largement le haut de la veine sous-clavière dans un cas, la partie supérieure de l'axillaire dans un autre, et la portion inférieure de la jugulaire interne dans un troisième, sans qu'il en soit résulté rien qui puisse être rapporté à l'introduction de l'air. Quand on songe au nombre de désarticulations du bras qui ont été pratiquées, à la fréquence des opérations exécutées dans l'aisselle pour des tumeurs, soit cancéreuses, soit lymphatiques, aux cas nombreux de ligatures d'artère effectuées au dessus de la clavicule et dans les régions carotidiennes, sans qu'il en soit rien résulté de comparable à ce que l'air produit en pénétrant dans le cœur, on est bien forcé d'admettre que l'accident dont il s'agit ne survient au moins que difficilement. Comment donc acquérir la certitude que s'il ne s'est pas manifesté dans une opération donnée, c'est aux précautions employées qu'il convient de s'en prendre plutôt qu'à la résistance naturelle des organes?

On voit assez par là que, pour résoudre la question des moyens préventifs, il faudra, comme pour tout le reste, de nombreuses expériences.

Examinons cependant ceux qui paraissent avoir fixé l'attention jusqu'ici.

La *compression du thorax*, pendant toute la durée de l'opération, ne me paraît convenir ni théoriquement, ni d'après les expériences déjà tentées. Si la compression était assez forte, dans l'espèce humaine, pour empêcher toute élévation des côtes, le malade en éprouverait manifestement une gêne considérable, j'oserais même dire insupportable. D'ailleurs, la poitrine ne s'en agrandirait pas moins dans son diamètre vertical par l'abaissement du diaphragme. Ensuite, il n'est pas démontré que la dilatation du cœur n'ait aucune part dans l'aspiration de l'air.

Raisonnant comme si l'aspiration pouvait seule attirer

l'air dans le cœur, M. *Poiseuille* (1) a cru qu'il suffirait pour prévenir cet accident d'engager le malade à éviter soigneusement toutes les grandes inspirations. Un semblable conseil me paraît tenir à la même erreur qui a fait naître l'idée de la compression dans l'esprit de M. *Gerdy*. L'expérience a dès longtemps démontré aux chirurgiens, en effet, que pendant les opérations graves la poitrine des malades se tient en général contractée d'une manière spasmodique, que la respiration se ralentit, se fait par petits mouvements, et qu'on est plutôt obligé d'exciter les individus à faire de grandes inspirations qu'à les leur défendre, si l'on tient à ce que la circulation veineuse ne soit pas trop fortement entravée.

Compression des veines entre le cœur et la plaie. Lorsque l'idée de l'introduction de l'air dans le cœur de l'homme s'est offerte aux praticiens, le premier remède qui ait dû se présenter est évidemment la compression, tant ce moyen paraît naturel et sûr. Aussi *M. Larrey* dit-il déjà (2), en parlant de la saignée du cou, qu'il importe de comprimer la veine au dessous de la piqûre jusqu'à la fin du pansement, si l'on veut prévenir l'entrée de l'air jusque dans le cœur. *Dupuytren* ne manque pas non plus de signaler le même moyen. On trouve une recommandation semblable dans le mémoire de M. *Barlow* (3). M. *Putegnat* le donne également dans sa thèse.

Warren dit, dans son *Traité des tumeurs*, que « le chirurgien qui opère au voisinage des veines jugulaires, sous-clavières, axillaires, iliaques ou même de la saphène interne quand elle est dilatée, doit réserver pour la fin la séparation du pédicule des tumeurs, afin de pouvoir mieux comprimer les veines avant de les ouvrir. Cet auteur

(1) *Gazette méd.*, 1837, p. 671.
(2) *Clinique chirurgicale*, t. I, p. 357.
(3) *Gazette méd.*, 1831, p. 355.

ajoute que, si la chose est possible, on devra comprimer les veines entre les incisions et le cœur. J'ai cru moi-même devoir insister sur ce conseil, et le suivre dans quelques cas d'extirpation de tumeurs parotidiennes et sous-maxillaires. Mais, faut-il le dire, ce remède n'a qu'une faible valeur. Si, avec les premiers observateurs, on pouvait admettre la possibilité de l'aspiration de l'air à une assez grande distance du cœur, il mériterait d'être pris en sérieuse considération. Pour la saphène interne ou les fémorales, pour les veines iliaques, les veines des bras, de la face et la jugulaire externe, rien ne serait facile comme de le mettre en pratique; mais s'il est vrai que l'introduction de l'air soit impossible dans toutes ces régions, la compression comme moyen préventif y devient dès lors tout à fait inutile. D'un autre côté, qui ne voit que pour la région sus-claviculaire le haut de l'aisselle et la région sus-hyoïdienne, où son secours pourrait être invoqué, c'est un moyen inapplicable? Cachée par la clavicule ou le sternum, séparée des côtes par la racine des muscles scalènes, la veine sous-clavière est disposée de telle sorte que rien ne pourrait en oblitérer le calibre à travers la peau. Il en est de même de la veine jugulaire interne aux dessous du larynx. Encore faut-il ajouter que la compression de cette veine, quand on pratique des opérations près de la région parotidienne, favorise l'engorgement de la face et augmente le volume de toutes les veines que l'on court risque de blesser.

D'après ces diverses raisons il faut donc admettre que la compression du tronc veineux entre la plaie et le cœur n'est, en définitive, qu'une ressource de peu d'importance et rarement applicable.

Il résulte, de cet examen, que la pratique ne peut compter sur l'efficacité d'aucun des moyens préventifs dont on a parlé jusqu'ici, et que la seule ressource à la portée du chirurgien se réduit encore 1° à tout faire pour

éviter de blesser les veines jugulaires internes et sous-clavières dans les opérations ; 2° dans les cas où il se trouve forcé de pénétrer jusqu'au voisinage de ces vaisseaux, à ne point séparer le pédicule de la tumeur sans l'avoir préalablement saisi du côté du cœur avec deux doigts, ou étranglée avec une forte ligature ; 3° à éviter autant que possible de tendre, de tirailler, d'écarter les parties, d'élever le bras, de renverser l'épaule ou le cou, lorsque le bistouri approche des grosses veines du sommet de la poitrine.

Moyens curatifs. Si la thérapeutique ne possède rien qui puisse empêcher l'air d'entrer dans une veine ouverte, il est triste d'avouer qu'elle est encore plus pauvre pour faire sortir ce gaz du cœur. Je doute fort, en effet, que de placer le malade sur le côté droit, comme le recommande M. *Forget* (1), puisse être d'une grande efficacité.

La *compression* du thorax, compression saccadée, à l'aide de laquelle *Nysten* pensait chasser l'air de l'oreillette par la plaie des veines est évidemment inutile, du moins chez l'homme. Sur les chiens même, on ne fera point remonter ainsi l'air contenu dans le ventricule droit, et l'oreillette n'en cédera qu'une très petite partie. Qui ne voit que dans l'espèce humaine, le thorax, infiniment moins flexible que sur les chiens, ne se laisserait jamais aplatir au point de réagir efficacement sur le cœur ?

Le moyen qui saute d'abord aux yeux, c'est-à-dire la fermeture de la plaie veineuse, moyen mis en usage un grand nombre de fois déjà, offre peut-être autant de dangers d'un côté que d'avantages de l'autre. S'il met un terme à l'introduction de l'air dans le vaisseau blessé, il a le malheur aussi d'empêcher la sortie de celui que les contractions du cœur tendent à repousser au dehors : en sorte qu'il ne peut réussir que si, au moment de son application, le gaz n'est point encore en quantité suffisante pour causer la mort.

(1) *Transact. méd.*, t. X, p. 75.

L'aspiration avec la bouche par l'ouverture de veine ne sera presque jamais applicable. La plus simple réflexion suffit d'ailleurs pour montrer qu'elle ne réussirait pas.

La respiration artificielle, soit en pratiquant la trachéotomie, soit en introduisant un tube par les voies naturelles, moyens essayés par M. *Warren*, n'aurait, il me semble, aucun but. L'introduction d'un liquide salin par quelque autre veine, comme le recommande encore ce praticien, ne ferait qu'ajouter au danger que court déjà le malade.

Reste donc l'aspiration avec un tube ou une seringue porté jusque dans le cœur. Mais cette ressource, née en présence d'animaux soumis à l'expérimentation, doit être, si je ne me trompe, sévèrement proscrite chez l'homme. Il est clair d'abord que les blessures de la jugulaire interne en permettraient seules l'application. Qui ne voit ensuite que, pour introduire le tube, il faudrait mettre le vaisseau précisément dans les conditions qui favorisent le mieux l'entrée de l'air? Enfin, comment n'a-t-on pas senti que, pendant une opération grave, il faudra d'abord se demander si les accidents qui arrivent dépendent bien de ce phénomène, chercher ensuite l'ouverture de la veine, demander aux aides le tube disposé à cet effet, l'introduire, y appliquer la seringue ou la bouche, et que tout cela exigerait nécessairement plus de temps que les malades n'en mettent à mourir, si ce qu'on a dit de l'entrée de l'air dans le cœur pendant le cours de certaines opérations chez l'homme est réellement exact?

En somme, nous n'avons véritablement rien à opposer à cet accident. Il est douloureux de l'avouer, sans doute, mais c'est la vérité. Nous en sommes réduits sur ce point aux ressources généralement opposées à la syncope, à moins que la saignée proposée autrefois, et vantée encore par MM. *Boulay*, *Leblanc*, etc., n'ait véritablement quelque efficacité. Eviter de tendre les veines au voisinage de la poitrine pendant le cours des opérations, porter le doigt sur la blessure, et

suspendre momentanément l'opération, quand le prétendu bruit caractéristique s'est fait entendre, tenir le malade dans une position horizontale, l'exciter avec les vapeurs d'ammoniaque, d'alcool, de vinaigre, exercer sur son corps des frictions, lui jeter de l'eau au visage, etc., etc.; tels sont jusqu'à présent les seuls moyens que la raison et l'expérience permettent de tenter sans crainte.

Dans ces derniers temps, on a conseillé la compression de l'aorte ventrale pour combattre les effets de l'introduction de l'air dans les veines. *M. Mercier*, qui a fait des expériences sur cette compression, prétend qu'en forçant le sang à remonter vers le cerveau elle fait revenir à la vie des animaux qui allaient succomber; suivant *M. Mercier*, ce moyen réussit toujours.

—

ARTICLE VI.

TRAITEMENT DE LA GONORRHÉE (1).

La gonorrhée est une maladie contre laquelle on a peut-être employé le plus d'agents thérapeutiques vantés tour à tour comme infaillibles. Il est facile d'en donner la raison. Chacun sait qu'une foule de gonorrhées disparaissent après un ou deux mois sans le moindre traitement; on conçoit alors que des médicaments, dont l'action est très faible, n'entraveront pas la guérison de la maladie. De là, ces réputations brillantes que des hommes peu exercés à l'observation ont faites à tel ou tel médicament.

Parmi les moyens employés, les uns sont généraux, internes ou indirects; d'autres sont locaux, externes ou directs. Nous ne nous occuperons dans cette leçon, que des premiers, que je subdivise en deux classes distinctes : les uns sont des moyens doux, d'une action peu énergique; ce sont ceux-là surtout qu'on a beaucoup vantés, et, en vérité, leur réputation était des plus faciles à faire. Les autres sont plus ou moins actifs; leurs effets sont plus ou moins prompts; aussi le charlatanisme n'a-t-il pas manqué de les exploiter. Ici se présentent, en première ligne, le copahu et le cubèbe, sur lesquels je vais particulièrement fixer votre attention. Je range aussi dans cette dernière catégorie la poudre à canon, tant estimée par les militaires, et sur laquelle j'ai fait, l'an dernier (1836), des expériences dont plusieurs de vous ont été témoins.

Dans la première classe nous trouvons la *teinture d'iode*,

(1) Deux leçons faites en 1837.

dont M. *Broglia*, chirurgien italien, a fait un si grand éloge. Je l'ai essayée sur cinq ou six sujets à l'hôpital de la Pitié, et je me suis convaincu que ce remède ne mérite en aucune façon les éloges du chirurgien italien; je n'ai pas cru devoir l'employer de nouveau. Le *baume de styrax*, qu'un élève interne a préconisé aussi, il y a trois ou quatre ans comme un spécifique très salutaire, ne m'a pas paru mériter plus de confiance après l'avoir expérimenté à la Pitié sur plusieurs sujets, j'ai dû y renoncer. A ce sujet, j'ai à vous citer un fait assez singulier. Par un mal entendu, un des malades que j'avais soumis à ce traitement, reçut, non pas du *baume de styrax*, mais de l'*onguent styrax;* il l'avala cependant, et il n'en fut nullement incommodé. Le *tannin* a aussi été cité comme guérissant la gonorrhée dans l'espace de trois jours; je l'ai encore expérimenté à la Pitié, et je n'ai pas trouvé qu'on dût lui accorder plus de confiance qu'aux moyens précédents. Je ne pousserai pas plus loin l'analyse des moyens doux que l'on a mis en usage contre la maladie qui nous occupe; je ne vous entretiendrai point non plus de tous ces remèdes de *commères,* qui sont plutôt du domaine du charlatanisme que d'une bonne thérapeutique. Qu'il vous suffise de savoir que ces moyens ne sauraient en aucune manière arrêter la gonorrhée; pour la plupart, ils ne s'opposent pas à la guérison, mais ils sont incapables de la produire.

Je me hâte de passer à la seconde classe, à ces moyens plus ou moins énergiques dont l'action est plus ou moins prompte, et qui, par conséquent, ne peuvent laisser de doute sur l'influence qu'ils ont eue sur le succès ou l'insuccès.

Il est une idée généralement répandue parmi les militaires, c'est que le moyen le plus sûr et le plus prompt de guérir les blennorrhagies est la poudre à canon délayée dans l'eau-de-vie. Vous avez sans doute entendu dire à des soldats qu'ils ont guéri ou vu guérir une foule de go-

norrhées par ce moyen. L'année dernière (1836), je l'ai expérimentée devant plusieurs d'entre vous et sur quatre sujets à la fois. En admettant qu'elle soit réellement efficace, je désirais savoir quel était l'élément actif de la poudre auquel la guérison devait être attribuée; pour cela j'ai essayé, l'un après l'autre, les trois corps qui entrent dans sa composition. J'ai d'abord tenté le nitrate de potasse à la dose d'une demi-once par jour; je l'ai élevée jusqu'à deux onces. Les fonctions digestives ont été plus ou moins troublées, et comme d'ailleurs il n'y avait pas d'amélioration, j'ai cessé l'emploi de ce sel. Je n'ai pas été plus heureux dans les expériences que j'ai faites sur le soufre et le charbon isolément : j'ai alors administré la poudre elle-même. Les sujets sur lesquels j'ai tenté cette dernière expérience ont été plus ou moins incommodés; mais tous ont éprouvé à la suite de l'emploi de ce médicament de violentes coliques et des nausées. Il ne me restait plus, pour compléter l'expérience, qu'à administrer la poudre dans l'eau-de-vie; mais les malades n'ont pas voulu s'y soumettre au delà de trois jours, et l'écoulement n'a point été arrêté.

Nous voilà maintenant arrivés au cubèbe et au copahu. Ceux d'entre vous qui suivent mon service ont dû se convaincre de cette erreur assez généralement répandue, savoir que le cubèbe est plus irritant que le copahu. Parmi les malades soumis à nos expériences, dix-huit sur vingt ont très bien supporté le cubèbe; je dirai même que l'organisme s'en est parfaitement trouvé. Un malade entre autres, couché au n° 16, salle Sainte-Vierge, en novembre 1835, atteint d'une gonorrhée ancienne, avait perdu l'appétit et sa santé était languissante. Après l'administration du cubèbe, nous observâmes une amélioration générale sensible. Ceux, au contraire, que nous avons soumis au copahu seul, ne l'ont en général supporté que très difficilement; chez plusieurs même nous avons été obligés de

le suspendre, tant les symptômes qu'il déterminait étaient sérieux. Mais si les accidents occasionés par le cubèbe sont beaucoup moins fréquents et moins graves, son efficacité est aussi moins constante.

Voici ma méthode dans l'administration du cubèbe : d'abord trois gros de cubèbe dans les vingt-quatre heures, à prendre en trois fois, le matin, à midi et le soir; augmentation de la dose jusqu'à six gros par jour, pourvu toutefois que les organes digestifs n'accusent aucun trouble. C'est en poudre que le cubèbe doit être administré ; et ici il faut dire qu'on doit souvent la renouveler, car je me suis convaincu que le cubèbe perd sa propriété curative en vieillissant. On place cette poudre au fond d'un verre, on verse dessus une infusion de tilleul édulcorée avec le sirop de gomme ; le malade avale le tout d'un seul trait, immédiatement après, il prend de l'eau sucrée à petites gorgées, pour se laver la bouche. Plusieurs d'entre vous ont vu, dans mon service, des gonorrhées céder à ce moyen après deux ou trois jours de traitement, quelquefois même le lendemain l'écoulement a été entièrement supprimé. Or, dans ces cas, est-il possible de douter un seul instant de l'efficacité du remède? Mais si le cubèbe ne produit pas d'amélioration après le quatrième jour, on doit y renoncer. Je me suis convaincu qu'alors on ne pouvait que rarement en obtenir le moindre effet salutaire.

Après le cubède vient le copahu. Cette substance, comme on le sait, a un goût très désagréable ; elle provoque des nausées, cause des douleurs d'estomac, du dévoiement, etc. ; aussi les thérapeutistes ont-ils cherché de bonne heure à en masquer plus ou moins les propriétés désagréables. Ainsi *Chopart* a mélangé le copahu avec l'alcool et autres substances ; de là cette potion qui porte le nom de ce chirurgien. Je dois vous dire que beaucoup de malades ne peuvent pas la supporter. On solidifie cette résine avec du sucre, on la donne sous forme de dragées ;

mais, quoi que l'on fasse, on ressent toujours en l'avalant un goût plus ou moins désagréable. Je dois ajouter que son administration est d'autant moins efficace que les substances auxquelles on la mêle sont plus suaves.

Frappé des bons effets que l'on pourrait retirer du copahu, s'il ne produisait de si grands troubles sur l'estomac, je résolus, en 1825 et 1826, de l'expérimenter en lavements. Je pensais éluder ainsi les inconvénients que présentait le médicament donné par la bouche. Ce fut à l'hôpital de l'Observance que je fis mes premières expériences. Voici la formule que javais adoptée : un, deux, trois, quatre gros de copahu dans quatre onces d'un liquide gommeux, camphré et opiacé. Je commençais par la dose d'un gros, qu'on répétait trois fois dans les vingt-quatre heures, et chaque jour j'augmentais d'un gros pour chaque dose. Mais une grande difficulté se présentait; le plus souvent, le malade ne pouvait garder le lavement, quel que fût le véhicule employé; chez quelques uns qui le gardèrent, j'obtins la guérison en trois ou quatre jours. Depuis, on l'a aussi administré par en bas dans des capsules gélatineuses. M. *Donné* l'a employé sous forme de suppositoires, et il m'a dit en avoir retiré de bons effets. De tous ces faits répétés depuis par d'autres praticiens, je suis porté à conclure que ce mode d'administrer le copahu, lorsque le malade peut le garder, présente à peu près les mêmes avantages que lorsqu'on l'administre par la bouche, sans en présenter les inconvénients.

Mais si le cubèbe et le copahu, employés séparément, comptent des succès, les guérisons sont bien plus nombreuses lorsque ces deux substances sont réunies. Voici la formule de ce mélange telle que je l'emploie depuis longtemps : deux gros de copahu et quatre ou six gros de cubèbe; on forme ainsi avec de la magnésie et deux grains d'opium une pâte que l'on divise en six parties, et qu'on fait prendre en deux jours : une le matin, une à midi, une le soir;

trois doses suffisent ordinairement pour opérer la guérison. Assez souvent l'écoulement est arrêté après deux jours, mais il ne faut pas cesser pour cela l'emploi du remède, l'écoulement reparaîtrait bientôt en plus grande abondance. Il est d'observation qu'alors il offre plus de ténacité. Voici donc la marche générale à suivre dans l'emploi de ce moyen : après la première dose, on donne un jour de repos au malade; on reprend une nouvelle dose le quatrième jour, laquelle dure trois jours; le septième jour nouveau repos; on commence la troisième dose le huitième jour, on la fait durer quatre jours. Il est inutile de dire que cette marche pourra être plus ou moins modifiée, selon la manière dont le médicament affectera l'organisme.

On a prétendu que le copahu et le cubèbe causaient des métastases, telles que des arthrites. Je crois que ce reproche n'est pas fondé, et ici on a confondu probablement une coïncidence avec un véritable effet. Il est vrai de dire que les arthrites sont fréquentes chez les sujets affectés de blennorrhagie. Je vais plus loin, la blennorrhagie peut être une cause prédisposante d'arthrite, mais on ne doit pas en conclure que l'arthrite blennorrhagique reconnaît pour cause l'emploi du cubèbe et du copahu, car une observation attentive démontre que les vénériens sont souvent affectés d'arthrite, quel que soit d'ailleurs le traitement qu'on ait mis en usage. Mes observations particulières tendraient même à prouver que les sujets traités par le copahu et le cubèbe en sont moins souvent atteints que les autres.

On a fait une autre objection fondée sans doute, mais d'une importance très minime; le cubèbe et le copahu produisent, dit-on, une éruption rubéolique; c'est un fait que j'ai observé plusieurs fois, mais cette éruption n'offrant pas la moindre gravité, l'objection tombe d'elle-même.

On ne peut douter que ces médicaments n'exercent une certaine action sur les voies urinaires. L'odeur des urines rend évidente cette proposition. Quant au mode d'action du cubèbe et du copahu, on a prétendu qu'il agissait comme révulsif, et on s'est fondé, pour établir cette proposition, sur les troubles que le médicament opère sur le tube digestif. Je crois que c'est une erreur, et je n'en veux pas d'autre preuve que celle-ci : il est généralement admis que le médicament agit d'autant mieux que les voies digestives semblent moins s'en ressentir. En définitive, le copahu et le cubèbe unis ensemble sont, jusqu'à présent, le meilleur remède interne à opposer à la blennorrhagie.

En parlant des moyens généraux que l'on peut opposer avec plus ou moins d'efficacité à la gonorrhée, j'ai omis à dessein de faire mention du traitement antiphlogistique. Avant de vous entretenir aujourd'hui des moyens locaux ou externes, je désire vous présenter sur cette médication quelques considérations pratiques.

On a dit que l'on guérissait une foule de blennorrhagies par des évacuations sanguines proportionnées à la constitution du sujet et à l'intensité de la phlegmasie ; ainsi on a employé les saignées générales, les sangsues sur le trajet de l'urètre, au périnée, à la partie supérieure et interne des cuisses : ces moyens ont été aidés par des cataplasmes émollients, des bains, une diète plus ou moins sévère, et des boissons mucilagineuses. Je ne crois pas qu'on doive accorder, dans cette circonstance, une aussi grande confiance à cette méthode. Je sais bien que souvent l'état inflammatoire de l'urètre réclame impérieusement le secours de ces moyens ; mais je soutiens que ce n'est qu'à titre d'auxiliaires, et non pas comme curatifs qu'on doit s'en servir. Ainsi, qu'un malade éprouve dans l'urètre une douleur très vive, un sentiment très prononcé de brûlure, enfin le cortége plus ou moins complet des symptômes inflammatoires, alors tout bon chirurgien devra recourir

aux antiphlogistiques, et ils ne lui feront pas défaut. En effet, sous leur influence, il verra le plus souvent l'inflammation perdre de son intensité, s'arrêter même; cependant, s'il n'a recours à aucun autre moyen, l'écoulement persiste, ou, s'il s'arrête, c'est pour reparaître plus tard. C'est là un fait confirmé par l'expérience de chaque jour. Qu'on associe, au contraire, à cette méthode, un des moyens que nous indiquons, et on aura lieu de s'applaudir de cette union. Mon opinion est donc qu'on ne doit pas employer la méthode antiphlogistique d'une manière exclusive. Certes, c'est un puissant auxilliaire; mais si le chirurgien attendait d'elle seule une cure radicale, il serait le plus souvent frustré dans ses espérances.

Passons au traitement externe, local ou direct. Ici nous trouvons une foule de topiques dont on a encore exagéré l'efficacité. Comme le siége du mal est dans l'urètre, les moyens curatifs ont été dirigés, les uns à l'intérieur de ce canal, les autres sur les téguments qui sont le plus en rapport avec lui. Passons brièvement en revue les seconds; mais examinons les premiers avec plus de détails.

On a prétendu que la gonorrhée était guérie dans l'espace de sept à huit jours par des frictions mercurielles sur le trajet de l'urètre; j'ai expérimenté ce moyen sur plusieurs sujets, et je n'ai pas eu lieu d'en être satisfait. Je dois dire toutefois, qu'on ne doit pas le rejeter, car c'est un bon auxiliaire dans plusieurs cas. Ainsi, lorsque l'urètre est comme endurci, qu'il présente des nodosités, qu'il y a des raisons de supposer des ulcérations dans le canal, on pourra retirer quelques avantages des frictions mercurielles; mais seules, elles produiront rarement une cure radicale.

On a conseillé les vésicatoires d'un très petit diamètre et en plus ou moins grand nombre. M. *Poirson* m'a dit en appliquer du diamètre d'une pièce de deux francs, et successivement depuis l'anus jusqu'à la racine des bourses, ou bien entre les bourses et le niveau de la fosse navicu-

laire ; ce praticien croit en avoir obtenu de très bons effets, surtout lorsque les gonorrhées sont anciennes. J'ai aussi expérimenté cette méthode sur six sujets : deux ont été guéris rapidement; il n'a pu me rester de doute sur l'efficacité du remède ; je n'avais employé que lui. Chez les quatre autres malades, le succès n'a pas été aussi complet. Sous l'influence des vésicatoires, l'écoulement diminuait et augmentait tour à tour, cessait même, pour recommencer le lendemain ; et je crois pouvoir affirmer que ce sont les autres moyens que j'ai employés avec les vésicatoires qui ont amené la guérison. Je crois donc être en droit de conclure que cette méthode est bonne dans les cas de gonorrhée ancienne, mais qu'on ne doit l'admettre qu'à titre de méthode auxiliaire ou exceptionnelle.

Quant aux frictions résolutives avec les préparations d'iode, et quelques autres substances plus ou moins actives, je crois que ce ne sont là encore que des auxiliaires dont on peut tirer parti dans certaines circonstances seulement.

Jusqu'ici nous n'avons trouvé dans le traitement externe de la gonorrhée que des médications qui aident plus ou moins la guérison. Nous allons examiner un autre ordre de moyens plus ou moins curatifs, et dont l'efficacité, dans plusieurs circonstances, ne peut être révoquée en doute. Je veux parler des moyens dirigés directement sur la membrane muqueuse de l'urètre, siége de la maladie. Ici on a mis à contribution toute la série des adoucissants et des astringents sous forme d'injection. On ne conçoit guère comment des adoucissants seuls pourraient arrêter radicalement un écoulement blennorrhagique, surtout s'il est ancien. On vient d'inventer un mode d'injection singulier : le malade est placé dans un bain tiède pendant plusieurs heures; durant tout ce temps, il fait des injections continues dans son urètre avec un liquide émollient. Cette médication doit durer au moins une semaine. On conçoit facilement

qu'un pareil moyen ne peut pas être généralisé; mériterait-il d'ailleurs toute la confiance que quelques chirurgiens lui accordent? En effet, sans parler des sujets pour lesquels la profession, les besoins, rendraient cette méthode impraticable; combien d'autres qui, voulant cacher leur position, repousseraient ce moyen!

Je ne vous entretiendrai pas de l'eau de saturne, de l'eau vineuse, du vin pur, et des autres solutions légèrement astringentes; elles sont toutes plus ou moins efficaces contre l'affection morbide qui nous occupe. Je vous parlerai avec quelques détails des injections de sulfate de zinc, de baume de copahu, de nitrate acide de mercure et de nitrate d'argent.

Depuis très longtemps on a conseillé contre la blennorrhagie les injections de sulfate de zinc. L'expérience démontre qu'on peut en effet retirer de grands avantages de ce moyen; mais ici, j'ai deux considérations importantes à vous présenter. La première porte sur la date de la gonorrhée, et la seconde sur la dose du sel. Ce serait en vain que l'on penserait guérir, avec cette médication, des gonorrhées nouvelles; dans ces cas, il faut avoir recours à d'autres moyens; mais c'est sur les blennorrhagies anciennes, sur ces restes d'écoulement que les gens du peuple appellent *goutte militaire*, que les effets du sulfate de zinc sont vraiment remarquables. Des chirurgiens, pensant à tort que ce sel agit comme caustique, l'ont employé à haute dose dans les injections; aussi, les résultats ont-ils été plus ou moins fâcheux. Si, au contraire, on l'emploie à plus petite dose, on en recueillera de très bons effets. J'ai toujours eu à me louer de l'emploi de ce moyen à la dose d'un grain par once dans une décoction mucilagineuse.

Il était tout naturel qu'après les bons effets du copahu donné à l'intérieur, on l'employât aussi comme topique; les résultats ont été d'accord avec l'analogie; au Val-de-Grâce, M. *H. Larrey* en a obtenu de très bons effets. Voici

la manière de l'administrer : la seringue étant chargée, avec un doigt on comprime l'urètre au dessous des bourses, pour empêcher le liquide d'aller au-delà ; immédiatement après l'injection, on comprime la fosse naviculaire ; le malade garde ainsi l'injection dans son canal pendant quelques minutes ; on répète deux ou trois fois par jour cette injection ; et, dans l'espace de cinq à six jours, on a vu plusieurs malades être guéris par ce moyen, qui n'est pas très douloureux.

Il y a environ deux ans qu'on a vanté les injections de nitrate acide de mercure. On a dit que c'était un moyen héroïque contre lequel les chaudepisses les plus tenaces ne peuvent résister, et qu'il n'a jamais échoué. Vous ne sauriez être trop prévenus contre ces éloges pompeux et absolus donnés à une méthode thérapeutique; bien loin d'y ajouter foi, nous devons nous tenir sur nos gardes. J'ai expérimenté ce moyen à différentes doses, d'abord cinq à six gouttes dans un verre d'eau gommeuse ou mucilagineuse ; et quoiqu'à cette dose on ait prétendu guérir des gonorrhées dans l'espace de deux ou trois jours, je n'ai obtenu aucune amélioration. Je l'ai essayé alors à une dose plus élevée, et l'écoulement, bien loin de diminuer, a présenté un accroissement sensible ; j'ai donc dû renoncer à ce moyen.

Il nous reste à examiner le nitrate d'argent. Chacun sait combien on a étendu l'usage de ce sel. On l'emploie avec beaucoup de succès en solution dans les cas d'ulcérations de la cornée ; on s'en sert pour l'érysipèle et dans certaines éruptions cutanées, à titre de caustique, et dans une foule de maladies. Qui ignore son heureuse influence sur les chancres syphilitiques, sur les ulcérations vénériennes de la bouche, du gosier, etc. ? Dans ces différentes circonstances, les éloges donnés au nitrate d'argent ont été unanimes ; mais il n'en est pas de même pour son application dans la maladie qui nous occupe. J'ai expérimenté le nitrate d'argent à diffé-

rentes doses ; j'en ai obtenu de bons effets à la dose d'un grain par once d'eau, surtout dans les gonorrhées anciennes; à dose double, je l'ai essayé sur quatre sujets, dont deux ont été guéris dans l'espace de cinq jours. C'est donc un moyen dont on pourra retirer de bons effets contre les blennorrhagies anciennes. Mais si ce moyen employé seul est avantageux, quelle n'est pas son efficacité lorsqu'on l'associe à une compression méthodique du canal ! Son emploi n'est plus alors borné aux gonorrhées anciennes ; il est encore très utile contre les blennorrhagies récentes. Toutefois, hâtons-nous de dire qu'il est des gonorrhées qui ne pourront pas être traitées par ce moyen; ainsi, lorsqu'elles auront leur siége au-delà du bulbe, il est évident que la compression ne pourra avoir prise sur le point affecté, puisqu'elle doit être permanente. Il serait fastidieux d'insister plus longtemps sur ce point. Pour faire la compression, je me sers de petites compresses graduées, appliquées le plus exactement possible sur l'urètre, depuis le bulbe jusqu'à la fosse naviculaire, et que l'on assujettit avec une petite bande, comme pour le bandage roulé ordinaire; cela fait, je place un doigt sur le bulbe pour empêcher l'injection de passer outre, et j'injecte le nitrate d'argent à la dose d'un grain ou deux par once d'eau; je comprime alors le méat urinaire, et je retiens ainsi la solution dans l'urètre pendant une ou deux minutes. Je répète successivement deux ou trois fois cette opération, et je fais deux séances par jour. Comme la compression doit être permanente, et que par les moyens ordinaires on est bien souvent obligé de la renouveler, on pourrait imbiber les compresses d'une solution d'amidon (1), comme nous l'employons maintenant dans le traitement des fractures. Après avoir répété pendant trois jours les injections, je m'arrête pour les reprendre ensuite s'il est nécessaire. J'ai guéri par ce

(1) A cette époque *M. Velpeau* employait encore la dextrine.

procédé cinq à six individus dont la gonorrhée avait résisté à plusieurs autres traitements. Ces deux moyens réunis me paraissent donc offrir beaucoup de chances de succès.

Mais vous devez être prévenus contre plusieurs accidents qui surviennent à la suite de la compression. Ainsi, il n'est pas rare de voir le gland et le prépuce se boursoufler, s'enflammer, prendre une couleur plus ou moins livide. Ceci ne doit pas vous tourmenter, pourvu, toutefois, que la compression ne soit pas poussée trop loin. Si des érections fréquentes surviennent, et que le malade souffre, on doit calmer l'organisme par des adoucissants, des bains locaux ou généraux, des lavements; mais on ne doit cesser la compression que dans des cas graves.

On a adressé plusieurs objections aux injections astringentes dans le traitement de la maladie qui nous occupe. Il en est deux, entre autres, que je ne puis passer sous silence. 1° On a dit que, quelquefois, les solutions astringentes, pénétrant dans la vessie, ont déterminé des inflammations assez violentes pour compromettre la vie des malades. Cette objection a fait un si grand bruit dans la science, que plusieurs praticiens timides ont proscrit toute injection astringente. Ces accidents graves sont, je crois, chimériques; car, dans le cas où une inflammation éclaterait, on s'en rendrait facilement maître par les antiphlogistiques et les émollients appropriés. 2° On a dit encore que ces injections étaient cause de rétrécissements : je ne le crois point. En effet, les rétrécissements qu'on redoute ne sont autre chose que des indurations des tissus; ce sont toujours les résultats de la persistance de la phlegmasie; on ne peut donc pas supposer que des moyens qui arrêtent rapidement l'inflammation produisent de pareils effets. D'ailleurs, l'observation des faits vient confirmer la théorie. En effet, combien de rétrécissements sur des individus qui n'ont jamais été soumis aux injections astringentes!

D'après tout ce que nous venons de dire, nous pouvons

donc conclure que, dans l'état actuel de la science, les injections astringentes sont de puissants moyens contre la blennorrhagie, surtout contre la blennorrhagie ancienne, et nous placerons en première ligne la solution de nitrate d'argent aidée de la compression.

Il est vrai que tout n'est pas fait, qu'on pourra peut-être obtenir de plus beaux résultats en variant les doses du médicament; on doit donc encore soumettre ces moyens thérapeutiques à l'expérimentation; c'est ce que nous ne manquerons pas de faire lorsque l'occasion se présentera.

—

ARTICLE VIII.

XÉROPHTHALMIE (1).

Il est une maladie des yeux qui n'est connue que par quelques observations, et que les pathologistes n'ont pas encore admise dans les cadres nosologiques. Les principaux caractères de cette affection morbide sont l'épaississement de l'épithélium de la conjonctive, l'insensibilité plus ou moins complète de cette membrane, l'absence de sécrétion de la glande lacrymale et des glandes de Méibomius, et par suite la sécheresse et l'aspect terreux, pulvérulent, parcheminé, écailleux de l'œil. Cette maladie a reçu différents noms. Ainsi *Schmidt*, de Vienne, le premier qui en ait parlé, en 1803, l'a décrite sous le nom de *xérophthalmie* (2). *Travers*, en 1821, l'appelle *cuticular conjunctiva* (3). On l'a encore désignée sous les noms de *cutisation de la cornée*, *épaississement de la conjonctive*, *cornée épidermique*, *xérosis de la conjonctive*, *conjonctiva arida*, *dermification de la conjonctive*, altération *de la sécrétion conjonctivale*, *lusus* des organes lacrymaux et de la conjonctive (*Wardrop*) (4), *xeroma* (*Veller*). La première dénomination doit lui être

(1) Deux leçons faites en 1837.

(2) *Ueber die Krankheiten des Thranenorgans*, ou sur les maladies des organes lacrymaux. Wien, 1803, p. 55.

(3) *Synopsis of the diseases of the eye.*

(4) Le mot xérophthalmie existait déjà dans la science, car *Hippocrate* et ses successeurs l'ont employé pour indiquer un certain état de sécheresse de

conservée ; elle laisse dans l'esprit une idée plus claire de la maladie, en indiquant son principal caractère, la sécheresse de la conjonctive.

On est étonné qu'une pareille affection ne se trouve pas indiquée dans l'histoire, avant 1803 : du moins c'est ce qui résulte des recherches de *M. Dupré* qui a fait une thèse sur ce sujet en 1836. Serait-on en droit de conclure qu'elle n'existe pas ? Cela est peu probable. Dirons-nous pour cela qu'elle a été négligée comme peu dangereuse ? La suite nous prouvera que cette seconde hypothèse ne peut pas être admise. Il nous semble plus rationnel de penser que les auteurs ont confondu cette affection avec d'autres maladies incurables de l'œil, et qu'ils ne s'en sont pas occupés, parce qu'ils l'ont crue au dessus des ressources de l'art. En vain chercherions-nous dans les écrivains de ce siècle une histoire détaillée de cette maladie. Les Anglais et les Allemands ne nous en donnent que quelques observations plus ou moins longuement commentées. En France, quoiqu'en 1833 on eût traduit, dans les *Archives Générales de Médecine* (deuxième série, tome II), une observation de M. *Mackensie*, professeur d'ophthalmologie à l'université de Glascow (1), l'attention des praticiens ne fut éveillée sur ce sujet qu'en février 1836, par M. *Dupré*. On trouve, dans la thèse de ce médecin, le premier cas de *xérophthalmie* observé dans les hôpitaux de Paris ; du moins c'est le premier qui ait été publié (2). M. *Dupré* cite un chirurgien qui en aurait observé deux cas. M. *Padieu*, un de mes anciens internes, en a observé un cas à Bicêtre. Moi-même, dans l'espace d'une année, j'ai pu voir deux xéroph-

l'œil, qui se rencontre au début des ophthalmies aiguës et dans quelques variétés d'ophthalmies chroniques.

(1) *London medical Gazette*, 15 avril 1833.

(2) *Essai sur le xérosis de la conjonctive.* (Thèse, Paris, 1836, n. 21.)

thalmies dans cet hôpital. On dit que cette maladie est excessivement rare; je ne sais pas jusqu'à quel point cette assertion est fondée. Qui sait si cette extrême rareté ne trouve pas sa source principale dans l'ignorance où étaient les praticiens sur cette maladie? En effet, depuis un an, l'attention est éveillée en France sur ce sujet, et déjà environ six cas ont été observés, seulement à Paris. Pense-t-on qu'on n'en trouverait pas plus d'un cas parmi ces nombreux aveugles qu'on trouve sur la voie publique? Je suis persuadé que si les praticiens dirigeaient leurs recherches sur ce point, les cas de *xérophthalmie* paraîtraient moins rares.

L'histoire de cette maladie étant encore à faire, la nature doit être entendue la première; je vais donc laisser parler les faits. Je me permettrai ensuite quelques réflexions. Je voudrais bien, si je ne craignais la prolixité, présenter toutes les observations connues de *xérophthalmies* avec tous leurs détails; mais je me contenterai aujourd'hui de tracer l'histoire détaillée du sujet qui est en ce moment dans nos salles, de celle d'un autre qui y était l'an dernier, et du cas qui a été observé par M. *Dupré* dans le service de M. *Sanson*, à l'Hôtel-Dieu. Quant aux autres observations, je vous en présenterai un résumé succinct, mais suffisant pour servir à l'étude de la maladie.

Obs. Ire — A la salle Sainte-Vierge, n° 28, est couché le nommé *Soisson* (*Pierre*), de Ségur (Cantal), âgé de quarante-cinq ans. Il est grand, bien musclé, et doué d'une bonne constitution. A l'âge de vingt-quatre ans il a quitté Ségur, où il était domestique. Il a séjourné ensuite à Lyon pendant cinq ans chez un négociant; et depuis seize ans il est garçon d'hôtel à Paris. Il s'est toujours bien nourri; il n'a jamais habité de lieux froids et humides; il n'a jamais passé de nuits dans les champs. Ses parents n'ont point éprouvé de maladies d'yeux graves.

A l'âge de cinq ans, *Soisson* a eu la variole, qui a failli lui devenir funeste; immédiatement après, sa tête s'est couverte de gourmes qui ont persisté pendant trois ans. Environ six mois après la variole, et en même temps que les gourmes, les ganglions sous-maxillaires gauches se sont engorgés; à la suite un abcès s'est formé au dessous de la région parotidienne du même côté. Cet abcès s'est ouvert spontanément après trois semaines, et a fourni du pus pendant plus d'un an. Enfin l'ouverture s'est fermée; on voit encore aujourd'hui les traces de la cicatrice. Peu de temps après l'ouverture spontanée de l'abcès, l'oreille gauche a fourni un suintement séro-purulent qui persista pendant environ douze ans. L'oreille droite et les ganglions sous-maxillaires du même côté n'ont jamais été affectés. Il n'a jamais éprouvé de douleurs dans les oreilles; il n'a parlé que de quelques élancements passagers à la tête en mars 1836. Il a eu deux fois la gale, à dix-sept et à vingt-trois ans. Il nous dit s'en être toujours débarrassé après trois semaines de traitement. Il n'a pas employé le soufre; il se frottait les parties affectées avec une pâte composée avec du beurre et du bois de cerisier. Dans les deux cas, la guérison n'a été entravée ni suivie d'aucun accident. A l'âge de vingt-neuf ans, *Soisson* a contracté la syphilis. Un écoulement, qui a persisté plusieurs mois, a été accompagné de chancres à la verge, d'ulcérations dans le fond de la gorge et dans la bouche. Il dit qu'il ne s'est jamais soumis à aucun traitement antisyphilitique régulier; il n'a employé aucune préparation mercurielle. Les chancres de la verge ont disparu, mais le malade nous dit qu'il en reste encore des traces dans le fond du gosier. Cependant nous ne trouvons sur le pilier gauche que quelques plaques rouges; mais à la partie antérieure de la voûte palatine, on voit une large plaque blanchâtre sur laquelle la peau est plissée. Il n'a jamais été affecté de rhumatisme. Il ne nous présente aucun signe de scorbut. Il n'a jamais eu de dartres.

Il nous assure, à plusieurs reprises et à différents intervalles, que jusqu'en 1830 ses yeux ont toujours été parfaitement sains, que jamais il n'y a eu la moindre rougeur, ni la moindre douleur; sa vue était si bonne, que ses amis le consultaient dans l'occasion.

Vers le mois de septembre 1830, sans cause appréciable, l'angle externe de l'œil gauche devint rouge et tant soit peu douloureux. Bientôt l'inflammation s'empara de toute la conjonctive; mais il paraît qu'elle ne fut pas intense, puisque le malade continua de se livrer à ses occupations, se contentant de bassiner son œil avec un liquide émollient. Peu de temps après, l'inflammation se porta sur l'œil droit, puis revint sur le gauche. Ce passage d'une inflammation légère d'un œil à l'autre dura plus de quatre ans, sans que le malade en fût affecté, et sans que la vision en eût reçu une altération sensible. Il nous assure que, pendant tout ce temps, ses yeux étaient larmoyants comme à l'ordinaire.

Mais il y a environ dix-huit mois que, sans cause connue, le malade dit avoir senti comme une peau qui partait de l'angle externe de l'œil gauche, et s'avançait vers l'interne; cette peau, selon lui, allait en s'épaisissant, et voilait de plus en plus la vue. L'œil devint sec. Cependant le malade nous dit que l'impression subite d'une vive lumière lui faisait répandre quelques larmes; peu à peu il sentit que sa vue s'affaiblissait de ce côté. Cinq mois après, les mêmes phénomènes se présentèrent sur l'œil droit. Désirant alors recevoir les secours des chirurgiens, il séjourna pendant cinq mois, en deux reprises, à l'hôpital Saint-Louis, d'abord dans le service de M. *Gerdy*, ensuite dans celui de M. *Biett*. Ces praticiens ont mis à contribution une foule de moyens thérapeutiques, mais aucun n'a apporté la moindre amélioration. Le malade nous affirme que la vue a considérablement diminué, depuis que M. *Biett* a fait sécher le vésicatoire que M. *Gerdy* avait ordonné. Quoi qu'il en soit,

l'ayant soumis à notre observation, le 28 janvier 1837, nous avons observé les phénomènes suivants.

Œil gauche. La paupière supérieure, d'un rouge vif sur son bord libre, et d'une couleur un peu brune à la surface externe, est tuméfiée et présente de petites bosselures qui glissent sous le doigt; l'inférieure est à peu près dans l'état normal, sauf la rougeur de son bord libre. Elles jouissent toutes deux d'une mobilité assez peu marquée; car leurs mouvements sont gênés par le rapprochement anormal des deux angles, surtout de l'angle externe, rapprochement qui est dû, comme je le dirai bientôt, à des adhérences de la conjonctive oculaire avec le bord libre des voiles membraneux. Les cils sont tombés en grande partie; ceux qui restent, et ils sont moins rares à la paupière supérieure qu'à l'inférieure, sont bien plantés. La caroncule lacrymale, atrophiée et recouverte par la conjonctive, ne laisse presque plus de traces de son existence. La conjonctive oculaire, épaissie et sèche, sur tous les points, adhère immédiatement au bord libre des paupières, dans toute leur étendue, excepté à la partie supérieure de la cornée, où on distingue très bien la conjonctive oculaire et la palpébrale. Dans cette partie, où les deux conjonctives forment une espèce de cul-de-sac, l'œil est moins sec. Cette adhérence, en rapprochant les angles des paupières, donne à l'œil un aspect irrégulier. La conjonctive forme sur la face antérieure de l'œil des brides et des replis; ces replis entourent la cornée d'un bourrelet qui devient plus ou moins saillant, selon les mouvements de l'œil. On ne peut apercevoir aucun vaisseau au dessous de la conjonctive. Cette membrane est partout d'une couleur terne; on ne peut mieux la comparer qu'à une pellicule d'ognon desséché; elle présente çà et là quelques points plus ou moins blancs. La cornée offre un aspect rugueux; on voit à la partie inférieure et un peu externe une ulcération profonde. Ce n'est qu'avec peine qu'à tra-

vers le peu de transparence et l'aspect nébuleux de la cornée, on entrevoit comme au milieu d'un brouillard la pupille déformée et ne présentant aucune mobilité, quelque moyen que l'on emploie. Les mouvements de l'œil, quoique libres dans tous les sens, sont cependant limités par les adhérences dont nous venons de parler.

OEil droit. Les paupières sont à peu près dans le même état, si ce n'est que le rapprochement de leurs angles par les adhérences de la conjonctive étant moins prolongé, l'œil est plus ouvert que celui du côté opposé. Les cils sont en aussi petit nombre, mais moins bien plantés; à l'angle interne de la paupière supérieure, il y en a plusieurs qui sont dirigés en dedans. La caroncule lacrymale est dans le même état, les orifices des glandes de Méibomius et les points lacrymaux paraissent oblitérés. Autour de la cornée, les brides, les replis et le bourrelet que forme la conjonctive oculaire sont moins prononcés. Cette membrane est moins épaisse, moins terne et un peu moins sèche; latéralement, elle se continue directement avec le bord libre des paupières; mais au niveau de la cornée, on distingue en haut et en bas les deux conjonctives. Au dessous de la conjonctive, on aperçoit quelques vaisseaux qui sont d'autant plus visibles, qu'on les examine plus près de la cornée. Celle-ci ne présente pas, à beaucoup près, autant d'irrégularité que du côté gauche; elle est moins nébuleuse, et laisse mieux voir la pupille, qui n'offre pas plus de contractilité que du côté opposé. En un mot, l'aspect général de l'œil est moins pâle, moins sec, moins cadavérique.

Le malade n'accuse aucune gêne, ni aucune sécheresse dans le canal nasal et dans les fosses nasales. En examinant avec soin l'angle externe des deux yeux, on n'aperçoit aucune saillie formée par la glande lacrymale. La vue est considérablement affaiblie; les objets ne sont aperçus qu'à travers un brouillard épais; le malade ne peut pas même les distinguer à quelque distance et dans quelque position

qu'on les lui présente; je me suis même convaincu, à plusieurs reprises, qu'il ne voit même confusément les objets que quand ils sont placés entre une vive lumière et lui; hors de cette position, il ne les aperçoit pas. Cependant il distingue assez bien la couleur blanche; ainsi, il montre du doigt les élèves placés autour du lit et portant un tablier blanc. Il peut fixer, sans en être incommodé, une chandelle allumée placée très près de ses yeux. J'ai humecté ses yeux à plusieurs reprises, et cependant sa vue n'a présenté aucune amélioration, même passagère. La surface antérieure de l'œil supporte sans douleur et presque sans incommodité le contact du doigt, ou de la barbe d'une plume que l'on promène sur elle. J'ai mis du tabac, de l'ammoniaque même, sur la conjonctive pour exciter la sécrétion des larmes; mais l'œil est resté sec. Le malade nous dit cependant que quelquefois ses yeux s'humectent un peu par l'impression subite d'une vive lumière; j'ai tenté ce moyen à plusieurs reprises, il ne m'a jamais réussi.

Les sens correspondants de l'odorat, de l'ouïe et du goût, remplissent parfaitement bien leurs fonctions respectives.

J'ai soumis le malade à l'usage de la pommade au nitrate d'argent, non pas dans l'espérance de le guérir, mais dans l'intention de le conserver quelque temps dans l'hôpital, afin que vous puissiez l'examiner attentivement.

Obs. II (1). — *Nicolas Pasquet*, âgé de vingt-six ans, d'abord berger, ensuite manouvrier, fut reçu, le 27 mars, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 45, pour un xérosis des conjonctives aux deux yeux. Doué d'une bonne constitution, cet homme n'a jamais présenté de symptômes de gale, d'affection vénérienne ni de scrofules; et, sauf une ophthalmie dont on ignore la nature, il a toujours joui d'une santé parfaite. A l'âge de quatre ou cinq ans, *Pasquet* avait

(1) *Dupré*, thèse, Paris, 1836, n. 21.

sur la tête des croûtes jaunâtres qui fournissaient un suintement abondant, et qui fut supprimé presque subitement par l'emploi de substances qu'il ne connaît pas. Peu de jours après cette suppression, les deux yeux, jusque-là parfaitement sains, sont envahis par une ophthalmie avec gonflement des paupières, rougeur de l'œil, impossibilité de supporter la lumière. Le malade ne peut dire si, à cette époque, la sécrétion des larmes était augmentée ou diminuée, ou bien si les yeux fournissaient un écoulement purulent. Des sangsues aux tempes, à diverses reprises, des vésicatoires au cou et aux bras, des collyres dont on ignore la composition, diminuèrent l'intensité de la maladie, sans la faire disparaître complètement. Jusqu'à l'âge de quatorze à quinze ans, les yeux restèrent rouges, larmoyants, sensibles à la lumière; de temps en temps ces symptômes s'exaspéraient, et alors des sangsues, des collyres, soulageaient le malade, sans le guérir. Pendant ce temps, le malade conserva sur le bras un vésicatoire, qui fut transformé en un cautère qu'il porte encore aujourd'hui. A cette époque, on lui insuffla sur les yeux du sucre en poudre, qui ne produisit aucun effet. A l'âge de dix-sept ans, il consulta un oculiste ambulant, qui lui donna une poudre blanche dont il ignore le nom, mais qui, grillée sur une pelle à feu, devenait rougeâtre et compacte; on écrasait cette substance rougeâtre, et on en saupoudrait les yeux deux fois par jour. Chaque fois l'emploi de cette poudre produisait une vive douleur; et, après quinze à vingt jours, s'apercevant que sa vue diminuait, que la rougeur et la douleur augmentaient, le malade lui substitua un collyre d'eau blanche. Après un mois ou deux de l'emploi de ce collyre, la rougeur, la douleur, le larmoiement, avaient disparu sur l'œil gauche, qui était alors complètement sec; le malade continua l'usage de son collyre, et bientôt l'œil droit se trouva dans le même état que le gauche, et tels qu'ils sont encore aujourd'hui tous les deux. Depuis l'âge de dix-huit à vingt

33

ans, le malade est sujet aux céphalalgies et aux étourdissements.

OEil gauche. — Le 30 mars, les paupières sont un peu tuméfiées, parcourues par un réseau veineux assez développé, mobiles, conservant leur direction normale, et peuvent recouvrir l'œil exactement. Les cils, peu nombreux, bien plantés, ne présentent pas de direction vicieuse; les points lacrymaux sont oblitérés; la caroncule lacrymale est blanchâtre, aplatie, à peine reconnaissable; on ne distingue plus les orifices des glandes de Méibomius; la conjonctive palpébrale et oculaire, d'un blanc grisâtre, comme recouverte de poussière, est sèche, forme un grand nombre de plis et de rides partout, excepté cependant sur la cornée, qui semble comme taillée à facettes; au dessous de cette membrane on aperçoit de petits vaisseaux rougeâtres, surtout à l'angle interne. Les mouvements de l'œil peuvent s'exécuter, comme dans l'état normal, en haut, en bas, et en dehors; mais lorsque le malade le porte dans ce dernier sens, la conjonctive se ride en dehors de la cornée et forme une espèce de troisième paupière, qui vient recouvrir cette cornée dans une étendue d'une ligne et demie à deux lignes; lorsqu'au contraire le malade veut porter l'œil en dedans, quelques plis, moins prononcés qu'en dehors, viennent encore recouvrir le côté interne de la cornée; mais une bride partant de l'angle externe de l'œil, où elle adhère aux deux paupières, pour se rendre sur le bord externe de la cornée, ne permet pas à celle-ci de se porter en dedans aussi loin que dans l'état normal. La conjonctive paraît plus épaisse sur la moitié inférieure de la cornée que sur sa moitié supérieure, où l'on distingue assez bien l'ouverture de la pupille, qui ne présente rien de particulier. En examinant avec soin l'angle externe de l'œil, on n'aperçoit aucune saillie, aucune tumeur formée par la glande lacrymale.

OEil droit. — Les paupières sont dans le même état qu'à

gauche, seulement leur angle externe est réuni dans l'étendue de deux à trois lignes; les glandes de Méibomius, les cils, les points lacrymaux, sont comme du côté opposé. La conjonctive présente aussi le même aspect ; mais les plis qu'elle forme sont moins prononcés , et s'avancent sur la cornée dans une moindre étendue qu'à gauche; les mouvements, encore possibles, sont cependant plus limités que dans l'œil opposé , et surtout que dans l'état normal ; on distingue très bien la pupille dans toute son étendue.

Le malade distingue assez bien les objets , mais cependant d'une manière moins nette qu'avant le xérosis. L'œil droit, selon lui, est meilleur que le gauche; il reconnaît très bien les personnes, et peut distinguer une pièce d'un franc à la distance de sept à huit pieds; de son lit, placé au milieu de la salle, il peut apercevoir le drapeau qui flotte sur les tours de Notre-Dame , mais il n'en distingue pas les couleurs ; il peut fixer le soleil beaucoup mieux que d'autres malades dont les yeux sont sains; lorsqu'il veut voir d'une manière plus nette, il humecte ses yeux avec de la salive ou de l'eau, et il prétend qu'en les mouillant avec son urine l'effet est encore plus marqué. En écartant les paupières, on peut promener au devant des cornées et sur toute la surface de l'œil les barbes d'une plume, ou le doigt, sans que le malade en soit incommodé, et détourne l'œil; c'est à peine s'il sent le corps qui le touche, pourvu qu'on ait le soin de tenir les paupières écartées, de manière à ne pas toucher les cils ; des ognons coupés par morceaux et placés au devant des yeux , les paupières étant écartées, ne déterminent ni rougeur, ni gonflement, ni sécrétion, et ne font éprouver au malade aucune sensation, si ce n'est un picotement très léger sur l'œil droit, qui n'en reste pas moins sec. Les fosses nasales ne paraissent pas plus sèches que chez un sujet bien portant ; le malade n'y éprouve aucun sentiment de sécheresse , et sent très bien le tabac, dont il fait habituellement usage. Le malade se plaint d'une

céphalalgie frontale assez intense; il entend très bien, et les autres fonctions s'exécutent comme dans l'état normal.

M. *Sanson*, après avoir employé différents moyens, excisa la conjonctive sur l'œil gauche ; à l'endroit où la conjonctive passe des paupières sur le globe oculaire, on pratique avec le bistouri, en haut et en bas, une incision semi-elliptique, qui intéresse toute l'épaisseur de la conjonctive, et que l'on prolonge surtout en dehors aussi loin que possible, sans intéresser cependant l'angle externe des paupières; avec des pinces et des ciseaux on dissèque la conjonctive jusque sur les bords de la cornée, et on excise les parties disséquées. Une portion de la conjonctive palpébrale est aussi excisée. Il s'écoula peu de sang pendant l'opération, qui, au dire du malade, n'a pas été bien douloureuse. (Prescription : une saignée du pied, lotions d'eau de guimauve.)

Le 14 avril, depuis le moment de l'opération, le malade n'a pas souffert, si ce n'est à chaque pansement, qui consiste à glisser deux fois par jour, entre les paupières et le globe oculaire, un petit stylet enduit de beurre frais, afin de prévenir les adhérences. Cette manœuvre cause chaque fois un léger suintement sanguin et une douleur assez vive, mais de peu de durée. La conjonctive, qui couvre la cornée, est dans le même état qu'avant l'opération. Le reste du globe oculaire est un peu rouge et humide, ce qui tient à ce que le malade l'humecte continuellement avec de l'eau de guimauve.

Le 16, la cicatrisation de l'œil gauche est complète, la conjonctive est maintenant moins sèche, moins ridée qu'avant l'opération; les vaisseaux qui rampaient sous cette membrane ne s'aperçoivent plus; l'œil peut se porter également en dedans et en dehors, mais les plis qui se formaient dans ces divers mouvements et s'avançaient sur la cornée sont moins prononcés. Le malade prétend mieux distinguer les objets de l'œil gauche que du droit.

Le 1[er] juin, desquamation furfuracée sur toute la conjonctive; les petites plaques occupent également les paupières et le globe oculaire; parmi ces dernières, on en voit qui se continuent de la portion de la conjonctive qui recouvre la sclérotique sur celle de la cornée. A gauche, la conjonctive est maintenant aussi sèche qu'à droite, seulement elle est plus adhérente et forme moins de plis. On peut très bien distinguer la pupille dans toute son étendue, et le malade prétend maintenant y voir beaucoup mieux que du côté droit. (Céphalalgie, saignée du pied, huile d'olive fraîche entre les paupières.) Sous l'influence de ce dernier moyen, le malade trouve que sa vue s'améliore; mais aussitôt qu'on l'interrompt, l'œil reprend son aspect primitif. Le malade est sorti le 2 juillet, à peu près dans le même état que lors de son entrée à l'hôpital.

Obs. III. — *Jacques Claude*, exerçant la profession de vigneron, âgé de vingt-trois ans, présente quelques traits de diathèse scrofuleuse, et n'a jamais contracté la syphilis. A la suite d'une ophthalmie aiguë à l'œil droit, une tumeur inflammatoire se développa au niveau de l'échancrure sus-orbitaire du même côté, et donna issue à une suppuration abondante par la surface oculaire de la paupière supérieure. Bientôt le malade éprouva des douleurs sourdes dans cette région, la vue diminua peu à peu, et la sécrétion lacrymale cessa. Les antiphlogistiques, les révulsifs et les collyres de toute espèce ont été employés sans succès. Le 31 mars 1836, il entre à l'hôpital de la Charité.

Œil droit. — Quoique les paupières jouissent d'une certaine mobilité, la supérieure n'est pas susceptible d'un mouvement d'élévation aussi étendu que celle du côté gauche, d'où résulte une légère blépharoptose. Tant que l'œil reste ouvert, les cils conservent leur direction normale; mais aussitôt que les paupières tendent à se rapprocher, il s'opère sur le milieu du bord palpébral inférieur un

entropion, ou intraversion qui détermine nécessairement un *trichiasis* partiel. Ce renversement interne de la paupière inférieure et des cils paraît dépendre ici d'une légère rétraction du cartilage tarse, augmentée pendant le rapprochement des bords palpébraux par la contraction du muscle orbiculaire. Les orifices des glandes de *Méibomius* et le point lacrymal inférieur sont complétement oblitérés. La caroncule lacrymale, d'un rose mat, moins volumineuse et plus granulée que celle du côté gauche, est logée dans une espèce de sinus triangulaire formé par un vaste pli de la conjonctive. Celle-ci, légèrement injectée en haut, d'un blanc terne, et entièrement sèche, offre à chaque commissure des rides verticales qui semblent saillir et se multiplier en raison des efforts que fait le malade pour imprimer aux paupières le plus grand écartement possible; et lorsque le globe oculaire est fortement porté en dedans, le segment interne de la paupière se trouve recouvert d'un de ces plis comme d'une membrane clignotante. Le phénomène inverse s'observe lorsque l'œil tend à se cacher sous l'angle externe des paupières. La cornée transparente, de forme ovalaire dans le sens de son diamètre transversal, est recouverte comme d'une pellicule pulvérulente, sèche, inégalement opaque, à travers de laquelle on distingue néanmoins, comme à travers un nuage, l'iris et la pupille, qui n'offrent d'anormal qu'un peu moins de contractilité, sous l'influence des rayons lumineux. Cette cornée est plus sèche, plus nébuleuse, dans ses trois quarts supérieurs que dans son quart inférieur, dont le plus d'humidité et de transparence dépend de ce que, constamment recouvert par la paupière supérieure, il est ainsi mis à l'abri de l'impression de l'air et autres agents extérieurs. En un mot, vous croiriez voir de prime abord l'œil sec, terne et flétri d'un cadavre exposé depuis deux jours à l'action de l'air atmosphérique, avec cette différence que la cornée, affaissée, déprimée chez l'homme qui a cessé de vivre, conserve

chez ce malade tout le plein de sa sphéricité. La vision et la sensibilité ont considérablement perdu de leur énergie primitive. Les objets ne sont aperçus qu'à travers l'épaisseur d'un brouillard, et ce n'est qu'en humectant l'œil avec un liquide quelconque que le malade voit leurs formes se dessiner d'une manière moins confuse. La cornée peut supporter sans douleur et presque sans incommodité le contact du doigt promené à sa surface, et l'instillation d'une solution de cinq grains de nitrate d'argent dans une once d'eau distillée n'a pu déterminer que la sensation presque imperceptible d'un picotement ou d'une démangeaison. Toute sécrétion liquide a cessé pour cet œil qui ne s'humecte pas même sous l'impression irritante des pellicules d'ognon introduites entre les paupières. Les sens correspondants de l'odorat, de l'ouïe et du goût, remplissent régulièrement leurs fonctions.

Œil gauche. — De prime abord il paraît parfaitement sain et étranger à toute influence sympathique de l'œil malade. Cependant, lorsqu'on l'examine de près et avec attention, on aperçoit que l'iris est parsemé de plusieurs taches noirâtres, et que cette membrane a dû être le siége d'une phlegmasie plus ou moins intense. Le malade, en effet, convient que, pendant son ophthalmie du côté droit, il a eu des douleurs, de la photophobie, du larmoiement à l'œil gauche. Aujourd'hui l'œil est sain et remplit bien ses fonctions, mais l'appareil sécréteur a perdu de ce côté un peu de son activité première. Le malade est sorti de l'hôpital dans le même état que lors de son entrée.

Obs. IV. (1) — *Agnès Kinnou*, âgée de vingt-six ans, admise à l'hôpital de Glascow, le 26 mars 1833, reçut il y a huit ans un coup sur l'œil gauche; elle a été depuis sujette à des ophthalmies. On voit, en effet, sur le

(1) *Mackensie*, *London medical Gazette*, 13 avril 1833.

bord libre des paupières les traces d'une longue inflammation. La conjonctive gauche, d'une couleur blanchâtre en plusieurs points, semble transformée en peau. La sécrétion lacrymale sur cet œil est moindre que sur celui du côté opposé. Toujours du côté gauche, il y a une légère inversion des paupières, et plusieurs cils vicieusement dirigés frottent sur la conjonctive. On voit plusieurs vaisseaux sous cette membrane. Rien n'a été pratiqué pour combattre l'entropion, on s'est contenté d'arracher les cils. (*Archives générales de Médecine*, deuxième série, vol. II.)

Obs. V. (1) — Le sujet de cette observation est un nommé *Ludy*, âgé de cinquante et un ans. A l'âge de vingt et un ans, après la suppression d'une blennorrhagie, il fut pris d'ophthalmie chronique des deux côtés, d'entropion, puis d'une paralysie presque complète des paupières supérieures. A la suite d'opérations pratiquées par le professeur *Boyer*, en 1814, contre ces affections, la paupière supérieure de l'œil droit fut tellement raccourcie, qu'elle ne put plus recouvrir l'œil; du côté gauche, le raccourcissement était moindre. Les cils, peu nombreux des deux côtés, ont cependant une bonne direction, à l'exception de ceux de la paupière supérieure droite, qui frottent sur la cornée. La conjonctive est partout desséchée et plissée. La cornée des deux côtés est aussi desséchée, blanchâtre, presque opaque, ou comme si elle avait été couverte de poussière fine. On distingue à droite ou à gauche la pupille et l'iris; les deux yeux ont perdu leur brillant; le malade sent à peine le doigt que l'on promène sur leur face antérieure; les narines sont humides et libres; la vision est affaiblie; cependant le malade distingue les gros caractères d'un livre, à la distance de huit à dix pouces.

Obs. VI. (2) — *Warneckin*, âgée de quarante-neuf ans,

(1) Thèse de M. *Klingsohr*.
(2) Thèse de M. *Klingsohr*.

ayant eu dans son enfance des glandes engorgées, un écoulement par les oreilles et une ophthalmie scrofuleuse, réglée à quinze ans, mariée à vingt-quatre, eut neuf enfants dans l'espace de dix ans. Pendant sa dernière couche, les deux yeux furent atteints d'une forte inflammation, qui s'accompagna d'un entropion des deux paupières. Pendant qu'elle allaitait encore son enfant, on fit sur l'œil gauche une opération très douloureuse, sans résultat avantageux. Quoique l'œil droit fût enflammé et douloureux, la malade ne voulut pas le laisser opérer, parce que l'œil gauche s'obscurcissait de plus en plus depuis la dernière opération. Les choses restèrent dans cet état pendant vingt ans.

Œil gauche. Lorsque la malade veut fermer les paupières, l'inférieure, dont les cils sont blonds, très fins, et tournés du côté de la conjonctive, recouvre toute la face inférieure de l'œil; mais la supérieure, raccourcie par la première opération, dégarnie de cils à sa partie moyenne, ne peut s'abaisser complètement, et laisse apercevoir la plus grande partie de la cornée, ce qui constitue une véritable lagophthalmie. La caroncule lacrymale est unie, desséchée, difficile à distinguer; oblitération des points lacrymaux; les mouvements du globe oculaire sont libres. La conjonctive desséchée, jaunâtre, comme couverte de sable, forme un grand nombre de plis dont quelques uns, surtout en haut, s'avancent sur la cornée et simulent une troisième paupière. La cornée, sans éclat, est troublée comme si elle avait macéré pendant quelques jours; l'iris, d'une couleur brune, est difficile à reconnaître, et on aperçoit à peine l'ouverture de la pupille. La malade voit ce qui se passe autour d'elle, mais à travers un épais brouillard; exposée au soleil, elle prétend ne rien distinguer et souffrir beaucoup.

Œil droit. — Les deux paupières recouvrent très bien l'œil; les cils sont dirigés du côté de l'œil; le point lacrymal supérieur semble être à l'état normal, tandis que l'in-

férieur, très gros, paraît gêné dans ses fonctions. La conjonctive, non desséchée, humide, presque suintante, présente encore quelques plis peu prononcés autour de la cornée, au côté interne de laquelle existe un pignecule. Lorsque la malade pleure, de vives douleurs se manifestent surtout à l'œil gauche, qui fournit à peine deux ou trois larmes sanguinolentes, tandis que sur l'œil droit il se fait un amas considérable de larmes. Les narines sont libres et humides.

Obs. VII. — *Albert Kolb*, enfant de neuf mois, fut atteint, peu de temps après sa naissance, d'une ophthalmie purulente des nouveaux nés. Au bout de trois mois, entropion des paupières supérieures et inférieures, direction des cils du côté du globe oculaire, conjonctives oculaires d'un blanc jaunâtre, desséchées et traversées par des vaisseaux sanguins; staphylôme des cornées; les yeux sont mobiles, et l'enfant semble chercher la lumière (1).

Obs. VIII. *Wardrop* rapporte l'observation suivante: (*Lancet.* novembre 1834.) Une femme, âgée de vingt ans, bien portante, était atteinte de dermification conjonctivale dès son enfance. Le mal s'était déclaré trois jours après sa naissance. On s'en était aperçu en voyant que ses yeux étaient moins brillants que ceux des autres enfants, qu'ils paraissaient opaques, secs et privés complètement de larmes, même lorsque l'enfant était excité à crier. Cet état anormal est devenu de plus en plus prononcé par les progrès de l'âge: mais depuis plusieurs années, ses yeux sont restés dans un état stationnaire. En l'examinant, au lieu de trouver les yeux mouillés par les larmes, j'ai trouvé toute la conjonctive convertie en une pellicule sèche, semblable à une vessie desséchée, assez transparente pour laisser voir le brillant de la cornée et de la sclérotique sous-jacentes, mais suffisamment opaque pour détruire la vision: la malade ne

(1) *Ammon* de Dresde. *Zeitschrift für die Ophthalmologie.*

pouvait distinguer que les contours des gros objets : la conjonctive palpébrale et oculaire était également partout sèche et ridée, et au lieu de s'étendre postérieurement, comme dans l'état naturel, elle manquait sur ces points de manière que les paupières adhéraient au globe de l'œil; et en conséquence elles ne pouvaient qu'avec peine couvrir la totalité du globe. Quand la malade dormait, elle tenait les yeux un peu ouverts. La paupière supérieure avait de la tendance à l'entropion. La sensibilité naturelle de la conjonctive cornéale et sclérotique avait tellement diminué, qu'en la touchant avec le doigt, la malade n'accusait qu'un très léger malaise. Les points lacrymaux étaient béants, et j'ai pu, en pressant avec le doigt faire sortir du sac une petite quantité de fluide sébacé. Comme il m'a semblé probable que le changement de structure de la conjonctive dépendait de l'absence du fluide lacrymal, et que cette absence tenait elle-même à l'oblitération des conduits lacrymaux de la glande, lesquels se terminent à la paupière supérieure adhérente au globe de l'œil, j'ai pensé qu'il serait utile de faire une ouverture artificielle aux larmes, entre la paupière et le globe, et s'étendant jusqu'à la glande lacrymale. J'ai donc plongé un petit bistouri pointu entre l'œil et la paupière, à la partie externe et supérieure de l'orbite: je l'ai poussé dans la direction naturelle des conduits, et je suis arrivé jusqu'à la glande où j'ai pratiqué une large incision. Du sang s'est écoulé en assez grande quantité. J'ai introduit un morceau de linge pour empêcher l'ouverture de se fermer. Le lendemain, les paupières étaient très gonflées et la malade se plaignait de beaucoup de douleurs dans la plaie, j'ai retiré la bandelette. La conjonctive m'a paru un peu humide et flexible, mais je ne sais si cela tenait à l'écoulement des larmes ou du pus. Peu après j'ai perdu de vue la malade.

Obs. IX. *Middlemore* cite l'observation suivante. Un jeune homme, nommé *Joseph Plant*, âgé de vingt-quatre

ans, est presque aveugle par suite d'attaques répétées d'ophthalmie. Les points lacrymaux n'avaient jamais existé chez lui, mais la glande lacrymale sécrète encore, bien qu'en petite quantité, les larmes, lesquelles tombent à la surface de l'œil. Cela n'empêche pas, cependant, la conjonctive scléroticale et cornéale d'être saillante, sèche, ridée, opaque et privée de la faculté de sécréter la matière lubréfiante habituelle. La conjonctive palpébrale ressemble à une peau fine, de couleur rougeâtre, comme la peau non couverte d'un épiderme d'épaisseur ordinaire, et se réfléchit sur l'œil presque immédiatement derrière le cartilage tarsien.

Il est évident que les observations que nous venons de citer, et ce sont à peu près toutes celles que la science possède, ne sont point encore en assez grand nombre pour qu'on puisse présenter une histoire complète de la xérophthalmie. Aussi n'ai-je pas cette prétention; je me contenterai maintenant de mettre sous vos yeux les opinions des médecins qui se sont occupés de cette affection.

Une lecture un peu attentive des trois premières observations suffit pour vous donner une idée précise des caractères extérieurs de cette maladie. L'inspection d'un œil ainsi affecté grave bientôt dans la mémoire les caractères de la xérophthalmie. Le malade qui est actuellement dans nos salles rend toute méprise impossible, pour ce qui est de la symptômatologie de cette affection. Mais derrière les symptômes sont les causes, et là est l'obscurité. On a cherché à se rendre compte des phénomènes principaux de la xérophthalmie; ainsi on a cru en trouver une explication satisfaisante dans l'oblitération des canaux excréteurs de la glande lacrymale; mais, outre que cette assertion est toute gratuite, puisque, ainsi que je vous l'ai fait remarquer et comme l'a dit M. *Cade* (1), des investigations ana-

(1) *Gazette médicale*, 14 mai 1836.

tomiques n'ont pas encore été faites dans ce sens, cette oblitération serait-elle démontrée, qu'on ne pourrait pas trouver là une cause suffisante pour expliquer la *cutisation*, la *sécheresse complète* de la conjonctive. Car, comme l'observe fort bien M. *Dupré* (1), la muqueuse conjonctivale, comme toutes les autres muqueuses, sécréterait encore assez de mucosités pour humecter l'œil et lui conserver sa transparence. D'ailleurs, les expériences de M. *Magendie* ne prouvent-elles pas que l'humidité de l'œil et sa transparence existent après l'extirpation de la glande lacrymale? On a encore cherché la cause de cette maladie dans une lésion de la cinquième paire. Il est vrai que, d'après les expériences de M. *Magendie*, cette lésion pourrait rendre compte de quelques symptômes isolés, mais il en est plusieurs de très saillants qui ne sauraient trouver leur origine dans cette lésion. « Comment expliquer ainsi, dit M. *Cade*, l'épaississement de l'épithélium conjonctival, l'oblitération des points lacrymaux, l'atrophie des glandes de Méibomius? » Le docteur *Ammon*, de Dresde, ayant rencontré la xérophthalmie souvent compliquée d'entropion, en a conclu que l'opération que nécessitait cette dernière affection pouvait produire la première (2). Sans nous arrêter à discuter la plus ou moins grande valeur qu'on doit accorder à cette idée, nous n'avons qu'à jeter un coup d'œil sur les observations, et nous verrons que sur les sujets affectés d'entropion, deux seulement ont été opérés, et encore n'est-il pas dit si la xérophthalmie était ou non préexistante à l'opération. Plusieurs sujets n'ont pas même été affectés d'entropion. M. *Dupré* est même porté à penser que cette opération, loin d'être nuisible, serait au contraire un moyen salutaire, puisqu'elle ferait cesser l'inflammation entretenue par le contact des cils vicieusement dirigés (3).

(1) Thèse citée.
(2) *Zeitschrift für die Ophthalmologie.*
(3) Thèse citée.

Toutes ces explications sont, comme on le voit facilement, plus ou moins hasardées, et sont, par conséquent, loin d'offrir quelque chose de positif. Mais si, mettant de côté toutes ces idées, nous examinons attentivement les faits, nous voyons que, dans tous les cas, une ophthalmie plus ou moins intense, de plus ou moins longue durée, a précédé la maladie. Il faut donc noter ce fait général, et continuer les recherches.

M. *Mackensie* semble voir dans l'inflammation chronique de la conjonctive la cause de la maladie qui nous occupe, et j'avoue, avec M. *Dupré*, que c'est là l'opinion la plus plausible. La xérophthalmie serait-elle due à l'atrophie, à l'oblitération des follicules, des villosités de la conjonctive, atrophie que certaines inflammations prolongées de ces éléments anatomiques ou de la conjonctive elle-même expliqueraient assez bien ? C'est ce que des recherches ultérieures pourront peut-être éclaircir.

Quant à l'espèce d'ophthalmie qui déterminerait plus particulièrement cette maladie, M. *Mackensie* pense que c'est l'ophthalmie scrofulo-catarrhale ; mais nous ne possédons pas encore assez de faits pour pouvoir nous prononcer là-dessus. D'ailleurs, qu'est-ce qu'une ophthalmie scrofulo-catarrhale (1)?

Le pronostic de la xérophthalmie est des plus graves pour l'organe affecté. La cécité en est la conséquence presque

(1) *M. Rognetta* pense que cette maladie tient à une innervation vicieuse, à une lésion des filets de la cinquième paire qui animent la glande lacrymale, et les cryptes de Méibomius. D'après cette idée, il conseille les bains de corps avec des affusions froides sur la tête, les bains de rivière, de mer, les eaux minérales, salines, thermales ou ferrugineuses, les douches de ces eaux sur la région sourcilière et oculaire, les révulsifs autour des tempes, à la base du crâne, la strychnine en collyre. Rien ne justifie, du reste, cette explication de la nature de la maladie, et il n'y a aucune observation en faveur du traitement proposé par M. *Rognetta*.

inévitable; d'après les faits observés jusqu'à ce jour il n'existe aucun cas de guérison bien constatée. Il est vrai que M. *Cade* parle d'une guérison qu'on lui a dit avoir été obtenue par la cautérisation de la conjonctive sur le bord circulaire de la cornée, avec le crayon de nitrate d'argent. Mais c'est là un *on dit*, et dans les sciences il n'en faut pas; il faut des faits, et des faits authentiques.

Une circonstance qu'il faut noter, c'est que les malades voient plus longtemps et beaucoup mieux que l'état physique de l'œil affecté ne le ferait supposer.

On a épuisé contre cette maladie une foule de moyens thérapeutiques; il n'est pas de collyres, pas de pommades, pas de solutions, pas de révulsifs qu'on n'ait employés. On a mis en usage l'électropuncture, les vésicatoires volants sur les paupières; on a cautérisé la conjonctive, on l'a excisée, on a coupé ses brides, on a employé les irrigations aqueuses, huileuses, etc. *Wardrop*, ainsi que vous l'avez vu par l'observation huitième, est allé jusqu'à plonger son bistouri à la partie externe et supérieure de l'orbite dans la direction du siége de la glande lacrymale, dans le but d'ouvrir une voie libre au liquide de ce nom. Tout a échoué (1).

(1) *M. Carron du Villards* conseille l'application du vésicatoire sur la conjonctive oculaire elle-même, l'huile de foie de morue en instillation entre les paupières, comme pénétrant mieux les tissus que l'huile d'olive, et pouvant produire des effets analogues à ceux qui sont produits par l'huile de poisson sur le cuir de vache desséché.

ARTICLE IX.

ANUS CONTRE NATURE.

L'anus contre nature est une de ces maladies qu'on semble regarder aujourd'hui comme n'exigeant plus aucune recherche. Le mécanisme de sa formation, ses guérisons spontanées, sa thérapeutique, ont été si bien éclairés par les travaux modernes, et principalement par ceux de *Dupuytren*, que, sous ce point de vue, la science paraît véritablement ne plus avoir de progrès à faire. Là, cependant, comme dans toutes les grandes questions de pathologie, on ne voit le perfectionnement arriver que par saccade. C'était sans doute faire un pas en avant que d'établir, d'une manière précise, l'influence du resserrement infundibuliforme du péritoine sur la marche des matières stercorales au voisinage de la fistule. On en fit un autre en montrant que si les débris alimentaires s'échappent par l'ouverture accidentelle, plutôt que de passer du bout supérieur dans le bout inférieur de l'intestin, c'était à la cloison, à l'espèce de promontoire, d'éperon mésentérique, placé entre eux, qu'il faut s'en prendre. C'en était un troisième enfin, et sans contredit le plus important de tous, que de parvenir à faire disparaître cet éperon, puisqu'à cela était attachée la guérison de la maladie. Aussi l'obtention de ce dernier résultat a-t-elle en quelque sorte fait oublier tout le reste. Comme fatigués par tant d'efforts heureux, les esprits sont dès lors retombés dans une inertie presque complète.

Sous ce rapport, comme sous une foule d'autres, la chirurgie est pourtant loin encore de sa perfection. L'adhérence de l'intestin à la racine du sac est souvent moins intime que ne le prétend *Scarpa*. L'entonnoir membraneux

manque fréquemment. L'inflammation adhésive ne s'établit pas toujours au pourtour de l'entérotome, quelque bien appliqué qu'il soit. Quelquefois il est à peu près impossible de ne pas comprendre entre les mors de l'instrument une portion de quelque organe important en même temps que la cloison anormale. Enfin beaucoup d'anus accidentels et de fistules stercorales persistent indéfiniment malgré la destruction ou l'absence de tout éperon. A l'appui de ces assertions je pourrais invoquer bon nombre d'observations; je m'en tiendrai provisoirement aux suivantes.

Obs. I. *Anus contre nature. — Pas d'entonnoir membraneux. — Adhérence imparfaite de l'intestin au collet du sac* (1). Georget Julien, cultivateur, âgé de trente-neuf ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 28 octobre 1834.

A l'âge de trente-trois ans, et sans cause connue, il lui vint une petite tumeur dans la région inguinale droite; il n'y fit aucune attention, n'en souffrant pas. Mais il y a six mois, en gravissant un petit tertre, il se sentit violemment tiraillé dans cette partie, et crut remarquer que sa tumeur avait doublé de volume. Rien ne put la faire rentrer, quoique auparavant elle rentrât d'elle-même quand il était couché. Cette tumeur augmenta encore le lendemain. Un médecin, appelé, ne put la réduire. Les vomissements survenus dans la nuit, les coliques et autres symptômes d'étranglement herniaire, s'étant manifestés, décidèrent M. *Gendrin* à pratiquer l'opération, quarante-huit heures après l'accident. On trouva des adhérences et un point gangréné. Depuis lors, les matières n'ont jamais cessé de passer par la plaie, et les garderobes ne se sont point rétablies. Je l'examinai, à la visite du 29, et reconnus à l'angle externe du pubis droit, un bourrelet

(1) Observation recueillie par M. *Loreau.*

rouge, formé par l'intestin renversé ; bourrelet qu'on parvint aisément à refouler dans l'abdomen. Au dessous de la tumeur précitée, on découvrit une fistule qui permit d'introduire un stylet jusque dans l'intestin perforé. Le malade assure que souvent il sort des vents par là. Le 30 et le 31, fièvre presque toute la journée. Le malade a de l'inquiétude et voudrait être opéré sur le champ. Le 2 novembre, il s'est déclaré un érysipèle très intense autour de la plaie. Cet érysipèle qui occupe les régions pubienne et iliaque, s'étend à tout le scrotum et à la verge. Le 4, l'érysipèle s'étend jusqu'aux lombes. Le 6, on constate l'escharification du prépuce à sa partie inférieure, à deux pouces du frein. Le 7, la rougeur avec tuméfaction de la moitié inférieure du nez, s'étend aux deux côtés de la face et aux oreilles. L'extrémité inférieure de la jambe droite, et tout le pied du même côté, offrent des points rouges sensiblement élevés, évidemment érysipélateux.

Le voile du palais et tout le fond de la gorge sont d'un rouge vif, offrant quelques points blancs et crayeux, ressemblant à la sécrétion des amygdales plutôt qu'à une fausse membrane. La déglutition est très peu gênée ; tremblotement de la langue; dents et gencives couvertes d'un enduit un peu noirâtre. (Une bouteille d'eau de Seltz avec tisane de chiendent. Eau de sureau sur les parties érysipélateuses.) Le 8 novembre, l'enduit de la langue est augmenté. Des phlyctènes purulentes se forment sur les ailes du nez. Menace d'érysipèle à la jambe gauche. Douleur très aiguë dans le jarret. Pouls comme hier. Arrière-bouche toujours très douloureuse. Le 9 novembre, mort.

Autopsie. Eschares nombreuses, disséminées sur presque tous les points successivement envahis par l'érysipèle. Rien de notable, d'ailleurs, dans le crâne, la poitrine et le ventre, à l'exception de l'anus contre nature.

En procédant de l'abdomen vers la plaie, on trouve : 1° que la portion supérieure de l'iléon s'arrête à la portion

interne et inférieure de l'anneau inguinal, où elle est faiblement unie, de manière à se continuer avec les ulcérations fistuleuses observées pendant la vie; 2° que le bout inférieur du même intestin, remontant de l'excavation pelvienne dans la fosse iliaque, se contourne en dehors de l'autre pour entrer dans le canal herniaire, et se plonger jusque dans l'aine, où il formait l'orifice réel de l'anus contre nature; 3° qu'en soulevant ces deux portions par derrière, on les décolle si facilement du collet du sac, que le moindre effort eût suffi pour amener un épanchement dans le péritoine; 4° qu'il eût été impossible pendant la vie, d'étrangler l'éperon, au moyen de l'entérotome, sans amener cet épanchement; 5° qu'il n'y a pas la moindre apparence d'infundibulum, et que le sac adhère d'une manière intime au trajet inguinal; 6° que les deux portions de l'intestin étaient adossées par le côté, et non par le bord mésentérique; 7° que d'espace en espace, cet adossement était simplement contigu, au point de pouvoir être détruit sans la moindre rupture.

Ainsi, dans ce cas, l'absence totale d'infundibulum, d'entonnoir membraneux, eût mis un obstacle invincible à la guérison spontanée; la faiblesse et le peu d'étendue des adhérences eût rendu à peu près inévitable un épanchement mortel dans le ventre, si la moindre opération avait été tentée. En supposant qu'on fût parvenu à détruire la cloison intestinale, les matières n'en auraient sans doute pas moins continué de passer par la plaie, puisque même alors la contorsion de l'intestin en aurait rendu l'arrivée presque impossible du bout supérieur dans le bout inférieur.

Voici un fait d'un autre genre, quoiqu'il ne soit pas sans analogie avec le précédent.

Obs. II. — *Hernie crurale étranglée. — Gangrène. — Opération. — Anus contre nature. — Emploi de l'entérotome. — Mort. — Epanchement abdominal.* (1). La nommée

(1) Observation recueillie par M. *Tiger*.

Martigny (Louise-Charlotte), âgée de cinquante-six ans, journalière, avait une hernie crurale gauche depuis dix-huit ans. Cette hernie, grosse comme une noix, rentrait et sortait aisément. La malade ne portait pas de bandage, et n'avait jamais eu aucun accident de ce côté. Le 17 avril 1835, à la suite de vomissements, une tumeur douloureuse apparut dans l'aine gauche. Quelques jours après, un chirurgien fit de vains efforts pour la réduire. Des symptômes d'inflammation se déclarèrent, et furent calmés par dix sangsues et un bain. Les vomissements avaient cessé, les selles n'avaient pas été interrompues. La malade entre le 26 du même mois à l'hôpital de la Charité. Le pli de l'aine gauche présente une tumeur rouge, inégale, qui dépasse le volume d'un œuf. Le gonflement et la tension s'étendent depuis le pli de l'aine jusqu'à deux pouces au dessus; il y a quelque chose d'œdémateux; la tumeur est mobile à sa base; son pédicule remonte vers le canal crural; elle est située en dedans et au devant des vaisseaux cruraux. Il y a des douleurs abdominales, qui ne sont pas permanentes, et de fortes douleurs dans la tumeur. Il y a dans les vomissements des matières stercorales moulées, cylindriques, en petite quantité, et d'autres délayées, qui leur communiquent leur teinte. Le 27, à la visite, deux selles ont eu lieu. La pression du ventre est très douloureuse. Les efforts répétés du taxis ont été inutiles. L'opération est pratiquée sur le champ. Il est à remarquer que le bistouri, avant de pénétrer jusqu'au sac, fut obligé de traverser une masse, soit graisseuse, soit de ganglions lymphatiques. Il se dégage ensuite des gaz avec odeur gangréneuse. Il y a aussi du pus bien caractérisé, et gangrène d'une portion considérable de l'intestin. On excisa les parties mortifiées, et deux incisions furent faites au siège de l'étranglement.

Le 30, aucuns symptômes généraux. L'appareil est imbibé de matières. Les bords de la plaie sont rouges, et enflammés. Les matières fécales baignent la plaie, et sont

mêlées à la suppuration. Il y a au fond de la plaie une masse qui se laisse déprimer, et qui est, ou un ganglion lymphatique, ou un abcès qui se développe.

Le 2 mai, les coliques ne reviennent pas. Il y a du sommeil. Les matières fécales sortent en moins grande quantité par la plaie. (quart de portion.)

Le 6 mai, douleur presque nulle, excepté lorsque les matières sortent. Les bords et le milieu de la plaie sont d'un rouge vif. Les bourgeons charnus se développent, et l'ouverture se rétrécit.

Le 10, pour forcer les matières à passer dans le bout inférieur de l'intestin, une compression est établie avec des boulettes de charpie.

Le 11, un peu de fièvre; langue naturelle. La peau qui environne la plaie est enflammée, et il y a menace d'érysipèle. Incision comprenant tout le trajet qui passait sous la masse de végétations, et qui est continuée jusque vers la branche descendante du pubis, où s'était formé un foyer dans lequel s'engageaient les matières fécales.

Le 14, le doigt, porté dans l'ouverture de l'anneau, sent l'éperon qui sépare les deux bouts de l'intestin. L'entérotome de *Dupuytren* est introduit et serré sur l'éperon.

Le 18, la malade n'a ressenti que de faibles coliques, par intervalles. Les matières passent toujours par la plaie et imbibent l'appareil. La pince est un peu resserrée.

Le 19, les coliques sont plus violentes; il y a de la douleur à la pression, dans la région hypogastrique. Nausées, vomissements. Langue pâle, face un peu grippée.

Le 20, les symptômes augmentent; il y a de l'affaissement, de l'amaigrissement. Le ventre est très sensible.

Le 21, enlèvement de la pince, qui contient, entre ses mors, une portion d'intestin gangréné. Le ventre est très balloné; la face très grippée; les autres symptômes augmentés.

Le 22, la mort a eu lieu dans l'après-midi.

Autopsie. Il y a une partie d'épiploon adhérent au devant de l'intestin étranglé, et qui enferme la cavité à gauche. En renversant cet épiploon, on retrouve les deux bouts de l'intestin, dont les lèvres sont décollées. En dedans, l'éperon est détruit dans l'étendue de deux pouces et demi; mais il n'y a d'adhérence que sur un des côtés de la fente. L'autre bord est comme taillé à pic. Une certaine quantité d'humidités stercorales s'est manifestement échappée par là. Le pus du voisinage en est teint, et tout le péritoine est rempli de matières séro-purulentes. La cloison entéro-mésentérique se prolongeait jusque dans l'aine. Les restes du sac n'avaient aucune tendance à se déplacer, à se laisser entraîner du côté du ventre. Rien ne permet de supposer qu'il eût pu s'établir là un entonnoir membraneux.

Ici l'adhérence que l'entérotome fait habituellement naître autour de la plaque de tissus qu'elle étrangle, ne s'était que très incomplètement effectuée, encore faut-il ajouter qu'en avant, seule région où elle existât, cette adhérence eût été insuffisante pour retenir les matières, sans l'expansion épiploïque qui la recouvrait dans ce sens. Du reste, comme du premier au quatrième jour il n'est survenu aucun accident, on peut affirmer, il me semble, que la péritonite a été la suite, chez cette malade, de la mortification de l'éperon et non de l'étranglement herniaire. L'opération de l'anus contre nature par la méthode de *Dupuytren* n'est donc pas aussi sûre qu'on le croit généralement, et les adhérences préalables du péritoine qu'elle doit produire sont donc d'abord très faibles, et peuvent ne point encore exister au septième ou au huitième jour.

Obs. III.—*Anus ombilical.* — *Adhérences et altérations complexes de l'intestin.* — Une femme, âgée de quarante-cinq ans environ, très grasse, que j'opérai en 1833, avec M. le docteur *Bonis*, d'une énorme exomphale étranglée et gangrénée, vint mourir deux mois plus tard avec un anus contre nature, dans ma division à l'hôpital de la Pitié.

Les particularités relatives à l'opération furent communiquées dans le temps à l'académie royale de médecine. Je ne veux vous rappeler en ce moment que ce qui se rapporte à l'état des parties dans le ventre.

C'est l'intestin grêle qui avait franchi l'ombilic. Le bord convexe de son bout supérieur était seul resté en partie adhérent derrière l'anneau. L'autre bout en était éloigné de plus d'un pouce ; cependant aucun épanchement ne se faisait dans l'abdomen; l'épiploon d'un côté, une anse intacte d'intestin de l'autre, une fausse membrane en troisième lieu, s'étaient agglutinés tout autour, comme pour compléter le canal ou l'entonnoir jusqu'à l'ombilic. Aussi les matières, qui n'avaient jamais absolument cessé de passer dans le cœcum, devaient-elles, avant de sortir par la plaie ou de rentrer dans le bout inférieur de l'intestin perforé, tomber ou glisser sur cette espèce de plan accidendel. Le sinus ou le cul-de-sac correspondant au côté mésentérique ou à la face profonde de cette agglomération d'organe, était d'ailleurs rempli par une portion de l'intestin grêle, fortement coudée et soudée d'une manière solide aux points sur lesquels l'entérotome eût été appliqué, si on avait jugé à propos de tenter l'opération.

On voit par là, que non seulement il eût été difficile d'atteindre l'éperon, mais en outre qu'en saisissant cette cloison, on eût inévitablement étranglé une nouvelle anse du tube alimentaire et fait périr la malade.

Au surplus, j'ai surtout pour but ici d'appeler votre attention sur les anus contre nature dépourvus d'éperon. Je n'ai dit un mot de quelques autres particularités relatives à cette maladie que pour montrer qu'elle est digne encore de recherches suivies, malgré les beaux travaux de *Dupuytren*.

Les anus contre nature et les fistules intestinales dépourvus d'éperon s'établissent de trois manières assez distinctes :

1° Si, après la réduction d'une hernie préalablement

opérée ou non, une ouverture se forme sur la convexité de l'anse intestinale, il se peut que les matières fusent du côté de la peau, et qu'un anus contre nature en soit la suite.

2° Un ulcère, débutant par la membrane muqueuse peut amener une adhérence de l'intestin à la partie correspondante de l'abdomen. Continuant ses progrès en profondeur, ayant traversé toutes les tuniques, cet ulcère causera un abcès stercoral et pourra se terminer par une fistule.

Dans ces deux cas, l'intestin n'étant point déplacé, peut n'être ni coudé ni rétréci. Dès lors l'anus contre nature ou la fistule intestinale doit être le plus souvent sans éperon.

3° Souvent, après la destruction de l'éperon par la méthode de *Dupuytren*, l'anus contre nature persiste sous la forme d'une fistule que rien ne peut fermer.

1° *Anus sans éperon, par suite de hernie ou de plaie.* Le premier genre d'anus sans éperon comprend plusieurs espèces. Ainsi, tantôt il a pour point de départ une plaque gangréneuse d'une anse d'intestin repoussée d'une hernie avant d'être perforée. Tantôt, au contraire, il dépend d'une éraillure, d'une déchirure même de la hernie, survenue pendant les efforts du taxis, au moment même de la réduction. Tantôt il se forme, parce qu'après avoir découvert la hernie et opéré le débridement, on repousse dans le ventre, à dessein, malgré soi ou par erreur, l'intestin gangrené, avec ou sans perforation, ulcéré du péritoine vers la membrane muqueuse ou réciproquement. Tantôt enfin, il résulte de ce que l'intestin blessé dans une plaie pénétrante de l'abdomen, dans une opération de hernie ou de toute autre manière, est resté ou a été remis en place dans la cavité péritonéale.

Ces quatre variétés rentrent dans deux espèces bien tranchées, selon qu'il existe ou qu'il n'existe pas en même temps une division des parties extérieures.

Dans le premier cas, c'est à dire quand les parois du ventre sont ouvertes, comme après une opération de hernie ou une plaie pénétrante, l'anus contre nature ou la fistule, s'établit directement et sans être nécessairement précédé de suppuration ou d'abcès dans le voisinage. Dans le deuxième cas, c'est à dire lorsqu'aucune solution de continuité n'a été pratiquée sur le ventre, comme à la suite du taxis, par exemple, un abcès stercoral est au contraire l'avant-coureur à peu près inévitable de l'anus.

La nature se sert ici d'un procédé qui comprend deux éléments : Il faut d'abord que des adhérences aient lieu entre le pourtour de la perforation intestinale et le point correspondant des parois de l'abdomen. Ensuite il faut qu'une voie s'établisse entre l'ulcère et l'extérieur. Or, on voit aussitôt que ce dernier temps du travail pathologique est infiniment plus compliqué, plus difficile dans l'un des cas que dans l'autre ; qu'avec une ouverture préalable de la hernie ou des parois abdominales, rien n'est plus simple, tandis qu'autrement, l'abcès qui se manifeste peut s'étendre au loin, gangréner les parties sur une large surface et ulcérer la peau dans une foule de points. Aussi les lésions intestinales dont il s'agit sont-elles loin de se terminer toujours de la même façon, et leur thérapeutique doit-elle varier selon un certain nombre de circonstances.

Les plaies, les perforations sans gangrène, dans une hernie, par exemple, seront réduites et guériront le plus souvent sans danger et sans l'intervention d'aucune espèce de suture. Repoussé dans le ventre, l'intestin reste derrière l'anneau et s'y colle. Le péritoine pariétal s'agglutine au péritoine des bords de la division de l'intestin, pendant que la membrane muqueuse, se boursouflant, se renversant en dehors, forme la plaie et s'oppose à tout épanchement des matières. Après la cicatrisation, le malade en est quitte pour quelques coliques et quelques tiraillements du côté de la blessure. Aux faits qui viennent à l'appui de ces

assertions, je puis en ajouter deux qui me sont propres.

Obs. IV. Une femme, âgée de cinquante-cinq ans, était affectée d'une hernie crurale, étranglée depuis quatre jours, lorsqu'on l'apporta dans ma division, à l'hôpital de la Pitié, en 1833. — Je procédai de suite à l'opération, qui n'offrit d'abord rien de particulier. Une anse d'intestin grêle était au fond du sac; elle offrit une teinte livide très suspecte, et conservait cependant assez de fermeté pour éloigner l'idée de gangrène. Après avoir débridé, j'attirai cette anse au dehors pour mieux l'examiner. Alors nous reconnûmes qu'elle était ulcérée en trois endroits. La pression faisait sortir les matières intestinales par les trois ouvertures, qui étaient renversées en cul de poule, distantes de deux à trois lignes l'une de l'autre et situées sur la partie convexe de l'intestin. Un stylet introduit par l'une d'elles entra librement dans le canal intestinal. Après avoir hésité longtemps et remarqué que ces ouvertures avaient sensiblement diminué de diamètre par la déplétion de l'intestin, je me décidai à le repousser dans l'abdomen. On tint la plaie ouverte, et la malade dans une immobilité complète. Mes craintes, je l'avoue, étaient extrêmes. Cependant il ne survint aucun accident et cette femme s'est aussi rapidement, aussi complètement rétablie que s'il s'était agi d'une hernie sans altération de l'intestin. Il ne s'est jamais échappé la moindre parcelle de matières stercorales par la plaie, qui était cicatrisée au bout d'un mois.

Obs. V. — Une autre femme, opérée dans le même hôpital au printemps de 1834, m'a fourni la seconde observation. Cette malade, âgée de quarante-sept ans, forte, d'un embonpoint médiocre et d'une santé robuste, portait depuis longtemps une hernie incomplétement réductible. Les symptômes de l'étranglement existaient depuis vingt-quatre heures lorsque je la vis. Ayant renouvelé sans succès le taxis qui avait déjà été tenté sous toutes les formes, je

proposai l'opération qui fut acceptée et pratiquée immé-
liatement. Avant d'arriver au sac, il fallut écarter ou in-
ciser plusieurs ganglions dégénérés. Une couche graisseuse
ardacée se présente ensuite; un kyste rempli d'humeur
noire vint en troisième lieu et laissa sous nos yeux une sur-
face légèrement rugueuse, bosselée, résistante, qui pouvait
être le sac épaissi, et que je m'apprêtais à diviser comme
par lames, dans la crainte que ce ne fût l'intestin, lorsqu'un
mouvement brusque et inattendu de la malade vint en oc-
casionner l'incision complète dans l'étendue de huit lignes.
Des matières muqueuses, noirâtres, puis jaunes et spu-
meuses s'échappèrent aussitôt par la plaie. La membrane
muqueuse mise à nu est facile à reconnaître, le doigt porté
jusque dans le ventre par le cylindre que je venais d'ouvrir,
et toutes les autres circonstances accessoires, démontrè-
rent suffisamment que l'instrument était entré dans l'in-
testin. Enhardi par l'observation précédente, qui était
encore présente à ma pensée, je me hasardai à réduire im-
médiatement l'intestin blessé. La plaie avait au moins huit
lignes d'étendue. Sa direction était d'ailleurs parallèle à
celle de l'intestin dont elle occupait la convexité.

Le repos le plus absolu fut prescrit. Je plaçai une toile
enduite de cérat dans l'anneau crural. La division des par-
ties extérieures fut maintenue ouverte par des boulettes
de charpie, et on ne soutint le reste de l'appareil que par
un bandage purement contentif, sans compression mani-
feste.

Le cours des matières se rétablit par l'anus le lende-
main. Les vomissements ainsi que tous les autres accidents
cessèrent sur le champ. Aucun détritus alimentaire ne passa
par l'aine. La malade est sortie de l'hôpital dans un état de
santé parfaite le trente-cinquième jour. Je l'ai revue deux
fois depuis. Elle porte un bandage par précaution, et souffre
à peine de légères coliques quand elle a beaucoup marché,
ou mangé plus que de coutume.

On conçoit, du reste, que le résultat puisse ne pas être toujours aussi satisfaisant. La plaie de l'intestin, soit à cause de son étendue, soit à cause de sa direction, soit à cause de sa forme, soit à cause de la disposition du sujet, ne se fermant pas, peut continuer de verser au dehors les matières qui parcourent le tube alimentaire et se transformer en fistule ou en anus contre nature. Si, comme il arrive assez souvent, l'intestin était ulcéré, coupé en travers sur l'un de ses points, dans l'anneau et par l'anneau, par exemple, la réduction offrirait peu de chances de guérison, et ne permettrait guère d'espérer l'établissement spontané d'un anus contre nature simple. Comme l'organe réduit se tient presque toujours en pareil cas derrière l'anneau dans les mêmes rapports que dans la hernie, c'est à dire, de manière que la portion qui était libre dans le sac, est précisément celle qui reste vis à vis du canal dans le ventre, voici ce qui peut survenir alors : 1° le contour de la perforation, contractant rapidement des adhérences avec le point correspondant du pourtour de l'anneau, fait que le cours des matières se rétablit aussitôt par les voies naturelles, et que la guérison a lieu comme dans le cas précédent; 2° pour peu que les adhérences tardent ou soient incomplètes, une certaine quantité de matière s'épanche dans les environs. Cet épanchement s'étale quelquefois dans le péritoine et détermine rapidement la mort. Le plus souvent il est ralenti, arrêté, circonscrit dans un assez petit espace de la fosse iliaque, par l'inflammation adhésive du péritoine circonvoisin. Ici, ce n'est plus qu'un abcès stercoral qui fusera tantôt du côté de l'anneau, pour se terminer ensuite par un anus ou une fistule; tantôt dans un autre lieu, de manière à s'ouvrir, soit dans le péritoine, soit dans quelque organe creux, soit dans l'épaisseur des parois de l'abdomen. Chez un malade que j'opérai en 1831 avec M. le docteur *Florence*, un foyer de ce genre s'établit en dedans, du côté de la vessie, entre le péritoine et les

muscles. Son volume devint tellement considérable, que nous crûmes un instant à une rétention d'urine; à la fin, il s'ouvrit dans l'anneau, et la mort n'eut lieu que le vingt-septième jour. Sur un homme que j'opérai en 1836, dans le service de M. *Lherminier*, à l'hôpital de la Charité, et qui mourut douze heures après de péritonite, les adhérences, quoique récentes et légères, avaient cependant suffi pour retenir les matières dans la fosse iliaque, et les forcer à se porter en partie vers l'anneau, bien que l'ulcère de l'intestin fût très large et placé en dehors du canal crural.

Lorsqu'au lieu d'une solution de continuité sans mortification préalable, l'intestin présente des plaies ou quelque perforation gangréneuse, sa réduction n'offre plus les mêmes chances de guérison. S'il est entier, et que la péritonite ne tue pas le malade auparavant, les accidents ne surviendront qu'au bout de quelques jours : un travail éliminatoire est nécessaire pour détacher l'eschare, et les matières ne peuvent évidemment s'épancher qu'à partir de cette séparation. Si la perforation est déjà opérée au moment de la réduction, on saura à quoi s'en tenir au contraire sur la marche des symptômes. Dans les deux cas une inflammation adhésive colle les parties saines autour des parties malades. Dans ces deux cas aussi, il s'établit un anus contre nature sans difficulté si la perforation, soit primitive, soit consécutive, correspond à l'anneau. Mais si la gangrène occupe un autre point de l'intestin, on aura pour le premier cas seulement, quelques chances de guérison sans anus contre nature, et pour le deuxième ou pour tous les deux ensemble, un épanchement ou un abcès stercoral avec toutes ses conséquences, comme dans la supposition précédente. De toute façon la déperdition de substance est trop manifeste dans le cas de gangrène, pour qu'il soit permis de compter sur la fermeture immédiate d'une pareille ouverture. Il n'en est pas moins remarquable que, même alors, l'organisme s'empresse, en quelque sorte, de confi-

ner le mal derrière l'anneau, en faisant naître presque sur le champ des adhérences protectrices tout autour.

Ce que je dis ici des hernies opérées s'applique de tous points aux intestins blessés en même temps que les parois du ventre.

Un intestin, gangréné ou perforé d'une manière quelconque, réduit par le taxis et sans incision des enveloppes de la hernie, se comporte encore comme dans le cas précédent, avec cette différence que l'anus ou la fistule ne peut pas s'établir de prime abord, qu'un abcès doit en précéder la formation, et que la guérison sans épanchement ou par réunion immédiate est à peu près impossible. La raison de cette particularité ressort assez des détails dans lesquels je suis entré pour me dispenser d'y revenir. Chez une femme qui avait une hernie crurale, étranglée depuis trois jours, qui était mourante d'une vaste péritonite lorsqu'on tenta pour la première fois et qu'on obtint la réduction, l'intestin gangréné et largement perforé n'en était pas moins resté agglutiné contre le péritoine tout autour de l'anneau dans la fosse iliaque. Sur un jeune homme qui avait été traité de la même manière, il survint au contraire un vaste dépôt qui dut être ouvert sur l'anneau inguinal et dans la région iliaque où l'anus contre nature finit par se fixer.

Ainsi, de quelque manière qu'il se forme dans ces différentes nuances, l'anus contre nature est dépourvu d'éperon, parce que l'intestin, remis dans le ventre, est pour ainsi dire remplacé dans sa portion détruite par les plaques correspondantes des autres organes.

2° — *Anus sans éperon, suite d'ulcère ou de perforations internes de l'intestin.* — Les intestins sont sujets à deux sortes de perforations internes. Tantôt, en effet, c'est sous l'influence d'un corps étranger, arrêté ou retenu sur quelque point de leur cavité, qu'ils s'ulcèrent; tantôt, au contraire, c'est une véritable ulcération spontanée qui finit par

en traverser toute l'épaisseur. Au premier genre appartiennent les perforations par le passage de fragments de métaux, de verre, de bois, de balles de plomb, d'os, de noyaux de fruits, etc. Il faut rapporter au second les ulcérations de tous genres, celles surtout des phthisiques, des scrofuleux, des dothinentéritiques.

Pour qu'une de ces lésions amène une fistule ou un anus contre nature, il suffit que le point de l'intestin qui la supporte touche habituellement une région quelconque des parois abdominales. Avec ces rapports en effet, l'ulcération qui se fait nécessairement avec lenteur, est le plus souvent précédée d'une inflammation adhésive des deux plaques péritonéales correspondantes. Il faut en conséquence que, continuant de marcher, elle traverse deux fois le péritoine, puis les aponévroses et les autres parties constituantes des parois du ventre. Dès lors, on conçoit que les matières intestinales puissent fuser vers l'extérieur, au point de produire un abcès stercoral sous la peau, abcès qui s'ouvrira ou qu'on ouvrira, et qui sera suivi d'une fistule ou d'un anus contre nature.

Lorsqu'il s'agit d'une ulcération franche, produite par un corps étranger, chez un sujet bien constitué d'ailleurs, et que la déperdition de substance n'est pas considérable, de pareilles fistules guérissent en général assez vite et sans opération ; mais dans les conditions contraires, il n'est pas rare de les voir résister à tout et persister indéfiniment. Les annales de la science possèdent de nombreux exemples à l'appui de cette double assertion. C'est ainsi qu'une lame de couteau, une fourchette, etc., ont été expulsées ou extraites à travers les parois du ventre, sans qu'il en soit résulté de fistule. Des fragments d'os en ont fait autant, ainsi que le prouverait au besoin l'observation suivante.

Obs. VI. — Une femme, âgée de cinquante-huit ans, d'un embonpoint modéré, habituellement bien portante, lymphatique et nerveuse, couturière, sujette à la consti-

pation depuis longues années, fut admise à l'hospice de la Faculté de Médecine, dans le service de M. *Bougon*, en 1826, pour une douleur qu'elle éprouvait dans la région iliaque droite. Cette douleur, accompagnée de fièvre, datait de quinze jours. La malade ne put en indiquer la cause. Quoique rares, les garderobes avaient toujours été possibles. Il n'y avait point de coliques. La région douloureuse était rouge, tendue, empâtée, molle et fluctuante. Toute la fosse iliaque semblait être envahie. On mit en usage la saignée, les cataplasmes et les lavements. Le foyer s'ouvrit de lui-même au bout de trois jours. Il en sortit une grande quantité de pus infect, de gaz, de mucosités intestinales et de matières stercorales, puis un fragment d'os anguleux, qui avait sept lignes dans son diamètre, et qui nous parut appartenir à une tête de poisson. Les accidents diminuèrent ensuite peu à peu. Bientôt il ne resta plus qu'une fistule stercorale, qui se réduisit au diamètre de trois à quatre lignes dans l'espace de vingt jours. On continua de panser avec des cataplasmes. Les matières alimentaires passèrent dès lors en partie par l'anus naturel. Cependant un lavement donné le vingt-neuvième jour revint encore par la fistule, qui ne fut entièrement fermée que le quarante-troisième. La guérison s'est parfaitement maintenue. J'ai revu la malade quatre mois après, et il ne lui était rien survenu de nouveau.

Lorsque l'ulcération s'est établie sous l'influence d'une maladie constitutionnelle, d'une inflammation spontanée, la fistule a manifestement moins de tendance à la cicatrisation. Voici deux faits qui le prouvent.

Obs. VII. — 1° *Denis* (Eugénie), âgée de dix-sept ans, fille, d'une constitution faible, non réglée, couturière, fut admise à l'hôpital de la Pitié, n° 21, le 18 octobre 1833 (1).

Depuis l'âge de sept ou huit ans, cette malade éprouve

(1) Observation recueillie par M. *Poumet*.

au moins trois ou quatre fois par mois, des coliques et des vomissements. Ces symptômes duraient un ou deux jours, puis la santé se rétablissait, mais pour peu de temps. Enfin, au mois de mai dernier, après des coliques nouvelles, il se forma à l'ombilic, une tumeur rouge, très douloureuse, de forme circulaire. En quelques jours, cette tumeur augmenta considérablement de volume; le ventre se ballona : une incision fut pratiquée à l'ombilic, et il jaillit de là un liquide noirâtre très fétide. Un mois après, une ouverture naturelle se fit en bas et à droite. Vers le commencement de décembre, il s'en établit quatre autres autour de la première. Voici quel était l'état des choses à l'entrée de cette jeune fille à l'hôpital.

Elle a l'apparence d'un enfant de treize ou quatorze ans. Il n'y a cependant point de marasme; la figure est fraîche, les yeux sont vifs. Aucun signe de puberté n'a encore paru. La paroi abdominale offre, à droite, quatre orifices étroits, à bords rouges et peu enflammés. L'un de ces ulcères est situé précisément sur l'ombilic. Ils communiquent entre eux sous un vaste décollement de la peau. Le 26 décembre, on pratiqua une opération exploratrice, dont le but était de mettre à découvert l'ouverture intestinale. A l'aide d'incisions, on forma des lambeaux qui, étant relevés, laissèrent à découvert une plaie de cinq pouces de long, sur trois de large, et dont le bord supérieur rasait l'ombilic. On vit au fond de cette plaie : 1° sur la ligne médiane, au dessous de l'ombilic, une tumeur noirâtre, qui n'était qu'un caillot de sang dégénéré; 2° dans le flanc gauche, un cul de sac qui n'a présenté aucune ouverture reconnaissable pendant les premiers huit jours, quoiqu'on vît sourdre les liquides. Les matières fécales, toujours liquides, deviennent de moins en moins abondantes; un pus de bonne nature est sécrété; le 3 janvier, la plaie est d'un rose vif, tendue, bombée. Le 14 janvier, les deux pansements ont été exempts de matière fécale. La

veille, la malade avait été deux fois à la selle. Le 17, au pansement du soir, les matières fécales reviennent par la plaie. La suppuration semble venir de l'hypogastre, par un long trajet. Tous les signes de la phthisie pulmonaire se développent peu à peu, et la jeune fille meurt le 23 mars, sans avoir cessé de rendre des matières intestinales par la plaie.

A l'autopsie, on trouva les deux poumons farcis de tubercules. Quelques plaques du péritoine intestinal en offraient aussi. Outre d'anciennes cicatrices, il existait encore quatre ulcères dans l'intestin grêle. L'un d'eux, appartenant à l'iléon, s'ouvrait dans une fausse membrane ancienne, transformée en un canal long de plus d'un pouce, et gagnait ainsi la paroi abdominale, un peu au dessous de l'anneau inguinal gauche. C'est de là que les matières avaient fusé de bas en haut et de gauche à droite, pour venir dans la région ombilicale, et y causer un abcès stercoral.

Chez cet enfant, qui m'avait été adressé par M. *Bourgeoise*, on voit que l'état général devait éloigner toute idée d'opération curative. L'espèce d'entonnoir accidentel, qui s'était établi entre l'intestin et la paroi du ventre, aurait très probablement d'ailleurs, rendu la cicatrisation du trajet impossible, quand même il n'y eût point eu d'autre complication. Il n'y avait, du reste, pas la moindre apparence d'éperon, vis à vis de l'abcès. Aussi les gardesrobes avaient-elles continué d'avoir lieu de temps à autre.

Obs. VIII. — J'avais en même temps, à l'hôpital, le nommé Jules *Castin*, garçon, âgé de dix-sept ans aussi, qui était resté plusieurs mois dans les salles de M. *Louis*, pour des coliques et autres symptômes d'ulcérations intestinales. Quand il entra dans mon service, il portait à droite, et un peu au dessous de l'ombilic, un ulcère fistuleux, d'où il sortait, chaque jour, une certaine quantité de matières et de gaz intestinaux. Cet ulcère datait déjà de trois mois.

Il avait été précédé d'un vaste abcès. Le malade qui, quoique maigre et chétif, conservait beaucoup de vivacité, n'avait jamais cessé complètement de pouvoir aller à la garderobe. Aucun autre organe ne fut trouvé malade, ni par M. *Louis* ni par moi. L'appétit était bon, le sujet très docile et très désireux de guérir. Le stylet se dirigea du côté de la fosse iliaque, à trois pouces au dessous et à droite de la fistule extérieure. Je fendis tout ce trajet, pour établir un parallélisme complet entre la perforation de l'intestin et la plaie extérieure. Dilatée plus tard avec un cône d'éponge préparée, cette plaie me permet de pénétrer, avec le doigt, dans l'intérieur, et de reconnaître là tous les caractères du cœcum ou du colon ascendant. Un phénomène assez singulier, au surplus, que nous avons souvent constaté chez cet enfant, c'est que, en même temps qu'il était facile de faire arriver les lavements jusqu'à l'anus contre nature, on voyait les matières ingérées par la bouche, s'y rendre presque avec la même promptitude.

Quoi qu'il en soit, cette fistule qui laissait au malade la faculté d'aller à la garderobe quand on la tenait fermée avec un bouchon de linge, de charpie, d'éponge, ou même de liége, se transformait en véritable anus contre nature, aussitôt que l'obturateur était enlevé. Il n'y avait point d'éperon derrière. Pour la guérir, j'ai tout essayé. La suture simple, la suture enchevillée, l'autoplastie répétée trois fois, ont complètement échoué. Les purgatifs en lavement n'ont pas mieux réussi. Une valvule, que j'avais sentie au fond de la caverne, fut détruite avec l'entérotome de *Dupuytren*, sans qu'il en soit rien résulté d'avantageux. Enfin, ce jeune homme est sorti de l'hôpital en mars 1834, se portant assez bien d'ailleurs, et ayant acquis l'habitude de fermer sa fistule avec un bouchon. Je l'ai revu depuis que je fais le service à l'hôpital de la Charité. Sa fistule n'a subi aucun changement, et la santé générale se maintient en bon état. Chez ce dernier malade les poumons et

tous les autres viscères paraissent sains ; la constitution est bonne ; le passage des matières est évidemment libre du côté de l'anus naturel, et la fistule n'en résiste pas moins opiniâtrement à tous les moyens. La perforation communique manifestement avec le gros intestin. On pourra expliquer la sortie rapide des aliments en admettant qu'une anse d'intestin grêle, adhérente au cœcum ou au colon, s'y est ouverte de son côté par ulcération. De quelque manière qu'on interprète le fait, il n'en faudra pas moins le ranger, du reste, parmi les anus contre nature qui persistent malgré l'absence d'éperon.

3° *Anus contre nature dont on a détruit l'éperon.* — Beaucoup de personnes pourraient penser, d'après les écrits de Scarpa et de la plupart des chirurgiens modernes, qu'après avoir détruit l'éperon de tout anus contre nature, établi à la suite des hernies inguinales ou crurales étranglées, la guérison est à peu près assurée. Rien n'est moins exact cependant. Voici ce qu'en pense *Dupuytren* lui-même.

Il ne faut que huit à dix jours, dit-il, pour que l'entérotome produise son effet. Les selles sont ordinairement régularisées en un temps égal, et des semaines ou même plusieurs mois sont fréquemment nécessaires pour obtenir l'oblitération complète de l'ouverture anormale. Quelquefois même il a été impossible de l'opérer entièrement, bien que, réduite aux plus faibles dimensions, elle fût devenue inutile et pût être tenue fermée pendant longtemps et sans donner issue à la moindre quantité de matières stercorales. A cette persistance opiniâtre d'une ouverture que rien ne semble entretenir, nous avons opposé successivement et, il faut le dire, sans de grands résultats, la colophane en poudre portée dans sa cavité, la cautérisation de ses bords avec le nitrate d'argent, leur rapprochement opéré et maintenu à l'aide de bandelettes agglutinatives ; enfin l'excision de ces mêmes bords formés par la

peau et la membrane muqueuse, et leur exacte réunion par la suture enchevillée. »

Quand on songe qu'un anus contre nature, dont l'éperon est détruit, se trouve à peu près dans les mêmes conditions que les anus ou les fistules par ulcération, ou sans déplacement de l'intestin, on cesse bientôt de partager la surprise de *Dupuytren*. On ne tarde pas à se demander, au contraire, pourquoi la guérison s'effectue si souvent dans le premier cas, tandis qu'elle est si rare dans le second. C'est une différence dont j'ai cherché la raison et que je m'explique ainsi. Si la fistule, ou l'anus contre nature, s'établit sans déplacement anguleux de l'intestin, il ne se forme point d'entonnoir membraneux. Or, il est d'observation que l'anus contre nature sans entonnoir membraneux est extrêmement difficile à cicatriser. *Scarpa* va même beaucoup plus loin. « L'anus contre nature est toujours incurable, dit-il, lorsqu'il s'est formé à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen avec issue de l'intestin, soit qu'une partie de ce canal ait été détruite par la gangrène, soit qu'il ait été divisé en partie ou en totalité par l'instrument vulnérant. (*Sur les hernies*, trad. de Cayol, p. 272.) » Puis il ajoute : « Les hernies ombilicales ou ventrales donnent presque toujours lieu à des anus contre nature incurables, lorsqu'elles viennent à se gangréner (p. 274). » C'est, qu'en effet, il n'y a point de sac herniaire alors qui puisse être entraîné dans le ventre par les adhérences de l'intestin, de manière à constituer l'entonnoir membraneux si bien décrit par l'auteur italien.

Reste à savoir maintenant si les anus qui persistent après la destruction de l'éperon, ne pourraient pas rentrer dans la même catégorie. Eh bien, les observations première et deuxième que je vous ai citées prouvent que les anus contre nature, suites de hernies avec gangrène, n'entraînent pas toujours la formation d'un entonnoir membraneux. Je suis même disposé à croire que cet entonnoir manque

assez souvent. Les adhérences du sac dans le trajet ou sur le contour des ouvertures herniaires, sont assez fermes dans une foule de cas, quand la hernie est congénitale surtout, pour résister aux tractions du mésentère, et pour que l'intestin ne puisse pas s'en éloigner en arrière. La destruction de l'éperon alors met évidemment l'intestin dans les mêmes conditions que si l'anus s'était formé par perforation interne ou sans déplacement préalable. Il est donc tout simple que, pour le reste, la guérison soit aussi difficile dans un cas que dans l'autre. Il est donc probable que, même après la section de l'éperon, et à l'état de fistule, l'anus contre nature ne guérit bien qu'autant qu'une espèce de conduit péritonéal, d'entonnoir membraneux, plus ou moins long, plus ou moins mobile, s'est établi entre la perforation de l'intestin et l'ouverture extérieure. A ceux qui objecteraient que les anus contre nature, sans déplacement, sans hernies préalables, se ferment quelquefois spontanément, quoique là il n'y ait point d'entonnoir membraneux, je répondrais que sur ce point *Scarpa* est encore allé trop loin.

Nous avons vu, par les observations précédentes, que cet entonnoir est possible à la suite des hernies ombilicales, et qu'il en est de même après les ulcérations excentriques de l'intestin. Seulement il faut noter qu'en pareil cas c'est une fausse membrane qui s'organise, se transforme en canal, et non le péritoine qui cède ou s'allonge en entonnoir; mais on conçoit que cette différence est tout à l'avantage de l'entonnoir accidentel.

Ainsi, d'une part, l'anus contre nature, sans déplacement du péritoine, semble avoir besoin, pour guérir, d'un canal membraneux accidentel, qui le rapproche de l'anus contre nature proprement dit, tandis que d'une autre part, l'anus contre nature avec sac herniaire ressemblerait, quand il persiste après la destruction de l'éperon, à l'anus sans déplacement, par le manque d'entonnoir membraneux.

Ramenée à ce point, la question me paraît très simple. Elle permet de ranger tous les anus contre nature sans éperon en deux classes, les uns étant accompagnés d'un canal, d'un entonnoir membraneux, les autres n'en ayant pas.

Traitement des anus contre nature dépourvus d'éperon.

Les anus de la première classe guérissent généralement bien quand ils ne sont entretenus ni par un vice de la constitution, ni par une lésion organique, ni par aucune complication locale, telle que sinuosités, décollement de la peau, plissement, torsion des intestins, adhérences anormales, etc. Il est rare, au contraire, que ceux de la seconde ne résistent pas avec opiniâtreté aux moyens habituellement employés contre eux. Or, c'est surtout à la thérapeutique de ces derniers que s'appliquent les remarques qui vont suivre.

Frappé comme tous les praticiens, et comme *Dupuytren* lui-même, de la persistance de certains anus anormaux, malgré la disparition de l'éperon, voyant d'un autre côté que dans les fistules intestinales, les matières passaient opiniâtrément par la plaie, quoiqu'il n'y eût point d'obstacle apparent à leur descente vers le rectum, reconnaissant ensuite que cela pouvait bien être propre aux anus et fistules dépourvus de canal membraneux, je me suis enfin demandé s'il n'y aurait pas moyen de modifier avantageusement les procédés opératoires sous ce rapport.

La *cautérisation*, les *styptiques*, ne sont évidemment que des moyens accessoires, incapables de réussir seuls, excepté dans les cas de très petites fistules, ou lorsque l'anus tend à se fermer de lui-même.

L'*autoplastie* semble de prime abord offrir plus de chances de succès. Je l'ai tentée de trois façons et vainement, chez la femme *Martigny*, *observation III*, et chez le jeune *Castin*, *observation VIII*.

Une première fois je décollai les téguments dans l'étendue d'un pouce, tout autour de la plaie, afin de pouvoir en aviver, en rapprocher plus facilement les bords et les réunir ensuite, au moyen de la suture, comme on le fait souvent à la face. Les matières stercorales suintèrent bientôt entre les téguments décollés et les autres tissus, malgré la compression que j'avais cru devoir opposer par précaution à cet accident. Il fallut enlever les points de suture le troisième jour, et la plaie resta plus grande après l'opération qu'elle n'était auparavant.

Une autre fois, je taillai au dessus de l'ulcère un lambeau comme dans la rhinoplastie frontale; puis je fixai ce lambeau en forme d'opercule au moyen de la suture, sur le contour de la fistule préalablement avivée. Nous vîmes dès le deuxième jour, un suintement jaunâtre, et des bulles d'air s'échapper entre les points de suture. Puis la gangrène s'empara du lambeau en marchant des bords vers le pédicule.

L'espèce de *bouchon cutané* que j'avais employé avec succès pour fermer deux fistules laryngiennes me restait encore comme dernière ressource. Je l'empruntai au flanc. Après l'avoir renversé, je l'enfonçai dans l'ulcère où je le retins avec quatre points de suture. Un suintement d'humidités stercorales eut lieu dès le lendemain. La suture coupa les bords de la fistule, et la mortification du lambeau se fit comme dans le cas précédent. La *suture emplumée*, sans dissection des téguments avait, en outre, été le point de départ de tous ces échecs.

Je crus voir en définitive qu'il y avait ici deux obstacles très difficiles à vaincre; l'un, qui tient à la nature âcre ou septique des matières intestinales, l'autre, qui dépend de l'induration des tissus voisins. Que de la salive, des larmes, de la sérosité, de la synovie, de l'urine même, passent ou s'engagent momentanément entre deux points de suture, la cicatrisation n'en aura pas moins lieu, si le contact

des lèvres de la plaie peut être maintenu. C'est qu'une solution de continuité touchée en passant par l'une de ces matières n'en est pas pour cela beaucoup moins susceptible du travail d'agglutination. Les matières stercorales amènent des conditions tout opposées. Il suffit qu'il s'en engage la moindre parcelle entre les bords de la plaie ou des lambeaux, pour éteindre toute tendance à l'adhésion et pour que les surfaces qui en ont été touchées courent risques de se mortifier. Les diverses sortes de sutures trouveront toujours là une cause puissante d'insuccès.

Une fistule en général, et une fistule stercorale en particulier, existe rarement pendant quelques mois sans devenir calleuse. Son contour se transforme en tissu dur, inodulaire, et finit par ressembler à une sorte d'anneau inorganique peu favorable à la cicatrisation, soit par première, soit par deuxième intention. Un lambeau de tissu souple qu'on emprunte ailleurs, ne trouvant point d'analogie de structure dans une ouverture pareille, ne s'y colle pas. Pour en maintenir les côtés en contact, la suture est obligée d'exercer des tractions trop fortes et trop soutenues pour ne pas couper bientôt un tissu aussi compacte et aussi *seccable*. Enfin, il est presque impossible, par les procédés ordinaires, que, du côté de l'intestin, le rapprochement soit assez exact pour mettre souvent à l'abri de toute infiltration de matières stercorales. J'en étais là de ces difficultés, lorsque vint à la Charité un jeune homme que M. *Auzoux* m'avait adressé de la Normandie. Ce garçon était à peu près dans les mêmes conditions que le jeune *Castin* (obs. VIII). Avant d'en venir, chez lui, à l'autoplastie d'aucune espèce, je conçus le projet de tenter la suture simple par le procédé de M. *Raybard*, c'est à dire de comprendre dans les anses de fil une plaque de caoutchouc ou de bois souple placée dans l'intestin, derrière la plaie, pour empêcher toute communication de l'intérieur avec l'extérieur, ou bien de relâcher les parois abdominales par deux incisions latérales,

afin de rendre les efforts de la suture simple moins pénibles pour les bords de la fistule. Je commençai par ce dernier procédé, me promettant bien de recourir promptement à l'autre en cas d'insuccès.

L'opération fut pratiquée le 15 novembre 1835. Le célèbre docteur *Mott, de New-York*, voulut bien me servir d'aide. Je renfermai toute la fistule dans une ellipse pour l'exciser par une double incision en demi-lune, mais obliquement des côtés vers le centre et de manière à ne pas y comprendre l'intestin, ou au moins sa membrane muqueuse. Je passai ensuite quatre points de suture à deux lignes l'un de l'autre, en ayant soin aussi que leur partie moyenne n'allât point jusque dans la cavité abdominale ou dans celle de l'intestin. C'est alors qu'une incision longue de deux pouces et demi, comprenant la peau, la couche sous-cutanée et l'aponévrose du grand oblique, fut faite de chaque côté à douze ou quinze lignes en dehors de la plaie. Tout étant lavé et bien abstergé, je nouai les fils et plaçai un cylindre de charpie dans les plaies latérales pour en écarter les bords avant d'appliquer l'appareil contentif. Voici les détails de cette observation (1).

Obs. IX. — *Martin Hilaire*, âgé de vingt-sept ans, charretier, né dans un petit village du département de l'Eure, avait, jusqu'à son entrée à l'hôpital de la Charité, le 3 octobre 1835, habité la campagne, et n'était venu à Paris que pour se faire traiter de l'infirmité qu'il présente actuellement.

Ce jeune homme est d'une bonne constitution, il n'a jamais eu de graves maladies, ni d'affection syphilitique.

Il présenta, dès son enfance, un vice de conformation assez remarquable : les testicules ne descendaient ni l'un ni l'autre dans le scrotum : le gauche n'y parut que vers douze à quinze ans; le droit descendit il y a environ quatre

(1) Observation recueillie par M. *Demange*.

ans, et sembla entraîner avec lui une portion d'intestin. Cet accident occasionna du gonflement dans l'aine, des coliques, des vomissements, de la constipation. On parvint, au moyen du taxis, à réduire la hernie qui s'était formée. Les selles redevinrent faciles; les vomissements cessèrent: mais il resta un peu d'inflammation : on appliqua des sangsues. Quelque temps après, l'inflammation étant devenue plus vive, la peau rougit, s'amincit, et livra passage à des matières alimentaires. Le malade dit qu'il se forma ensuite d'autres ouvertures près de la première; qu'elles se fermèrent dans un assez court espace de temps, tandis que la principale ne se referma jamais.

Les garderobes ont toujours été possibles. Elles avaient lieu le plus souvent tous les jours; quelquefois, cependant, il n'y en avait pas pendant quatre ou cinq jours, puis elles revenaient ensuite comme de coutume.

Depuis le moment de la perforation, on ne sait pas ce qu'est devenu le testicule. Il parait qu'il avait contracté des adhérences avec l'anse intestinale, et qu'au moment de la réduction, il aura été entraîné dans l'abdomen : de là, les tiraillements que le malade éprouvait de temps en temps. On pense que la portion d'intestin qui est ouverte, est le gros intestin. Si c'eût été l'intestin grêle, dans un point de sa longueur, il y eût eu amaigrissement du malade; mais ici cela n'a pas eu lieu. La nutrition semble s'être toujours bien faite, et jamais il n'est sorti d'aliments par la plaie, si ce n'est que bien décomposés, et longtemps après le repas. La fistule se voit au dessus du ligament de Falloppe, dans la région iliaque, vis à vis de l'orifice supérieur du canal inguinal.

Quand on y introduit le doigt, on sent une large caverne. Les lavements font refluer les matières stercorales par la plaie; ce qui porte à croire que le cœcum est le siège de la perforation. L'intestin perforé d'une manière à peu près circulaire, est maintenu en place auprès de

la plaie, par les adhérences qu'a amenées l'inflammation.

Voici l'opération qui a été pratiquée : 15 novembre. On a d'abord avivé les deux bords de la plaie, en les taillant en biseau aux dépens de la surface externe, et en ménageant la couche profonde à laquelle adhère l'intestin perforé. On passa ensuite aux deux extrémités de l'ellipse formée sur la plaie, deux fils, puis un troisième, puis un quatrième au milieu : l'on réunit ainsi les deux bords. Ces quatre fils étaient le plus possible rapprochés de la partie profonde, afin d'en favoriser l'adhérence. Afin que les bords de la plaie ne fussent pas trop tiraillés, on fit deux incisions semi-elliptiques regardant la plaie par leur concavité, l'une à droite, l'autre à gauche.

On établit par dessus le pansement une compression très légère, afin de ne pas laisser stagner les matières fécales derrière ; le malade ne prit que très peu d'aliments.

Le 16, le malade éprouva quelques coliques assez vives, mais qui durèrent peu : il dormit quelques heures, et eut un peu de fièvre. Il y eut quelques envies de vomir. (Sirop de morphine; deux pilules d'extrait thébaïque.)

Le 18, les coliques ont recommencé ; le 17, dans la journée, les matières s'étaient tellement accumulées au dessus qu'elles forcèrent à couper les fils.

L'opération semblait donc avoir échoué; on lava les bords de la plaie, on recommanda bien au malade de les tenir le plus proprement possible, et on le tint à un régime fortifiant, mais peu abondant.

Le 23. Jusqu'à ce jour, rien de notable; les matières coulent moins abondamment. Le malade mange le quart d'aliments. Les deux incisions latérales étant écartées font que, malgré la rupture des fils, les bords de la plaie se tiennent rapprochés et accolés.

8 décembre. Le malade reprend desfor ces de jour en jour; les matières sont quelquefois deux jours sans passer par la plaie : les selles ont lieu assez régulièrement. Il

prend quelques lavements ; on remarque qu'ils ne produisent plus sur la plaie le même effet qu'avant l'opération.

Le 21, les plaies latérales sont complètement cicatrisées; il s'est établi en haut et en bas une inflammation adhésive qui diminue de beaucoup l'ouverture.

30 décembre. La plaie ne donne plus passage qu'à une très petite quantité de matière purulente.

4 janvier 1836. Les matières ne sortent plus du tout; le malade va facilement à la selle; mais on lui donne des lavements, afin d'éviter l'accumulation des matières et les efforts pour aller à la garderobe.

Le malade est dans un état tout à fait satisfaisant; il se lève depuis quelques jours, mange les trois quarts, et n'éprouve aucune douleur à la place de l'ouverture, ni aucunes coliques.

On le conserve encore pendant quelque temps à l'hôpital, afin de bien s'assurer de la guérison. Comme rien ne semble devoir donner lieu à aucune crainte, que le malade marche avec facilité, et ne souffre pas du tout, on le renvoie le 8 février. On lui recommande de porter un bandage peu serré, et de ne point faire d'efforts.

Le 20 juin, j'ai revu le malade. Sa cicatrice est très solide et n'a pas varié un seul instant.

On se fait à peine une idée du relâchement que procurent les incisions latérales en semblables circonstances. C'est à tel point que les lèvres avivées de la fistule se mettent dès lors presque d'elles-mêmes en contact. La suture n'a plus besoin d'être serrée que très modérément. Le boursouflement des tissus musculaire et cellulaire fait que ces incisions, qui ne tendent point à se resserrer avant le quinzième ou le vingtième jour, donnent ainsi à la fistule le temps de se fermer librement; mais il faut qu'elles soient longues et profondes pour atteindre ce double but.

Avivée, comme je l'ai dit, la fistule est transformée en une sorte de cuvette dont le fond est sensiblement moins

large que l'entrée. Il en résulte qu'on n'en met point la portion cutanée en contact sans forcer sa portion intestinale à se fermer complètement. Les fils ne pénétrant pas jusque dans l'intestin, font, d'un autre côté, que les humidités intestinales n'ont aucune raison d'en suivre le trajet. Du reste, il est probable que, loin de comprimer le ventre et les plaies comme je l'ai fait, il vaudrait mieux les laisser absolument libres. Une diète rigoureuse, le repos et un lavement laxatif chaque soir, pendant les huit premiers jours, conviendraient certainement davantage. Je suis porté à croire que les accidents survenus le troisième jour n'auraient point eu lieu si j'avais eu égard à ces indications.

De quelque manière qu'on l'envisage, ce résultat, le premier de ce genre, je crois, qu'on ait obtenu, me semble de nature à mériter l'attention des praticiens en formant le point de départ d'une méthode opératoire plus efficace, si je ne me trompe, que celles qui ont été mises en pratique jusqu'ici en pareille circonstance.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

FIN DE LA TABLE.

ALIBERT. Nosologie naturelle, ou les maladies du corps humain distribuées par familles. Paris, 1838, 1 vol. gr. in-4, pap. vélin, avec 33 pl. color. Au lieu de 110 fr. 30 fr.

Traité des Maladies de la Matrice,

PAR F. DUPARCQUE,

Docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1839, 2 vol. in-8. 12 fr.

Le tome premier contient les ALTÉRATIONS ORGANIQUES SIMPLES ET CANCÉREUSES DE LA MATRICE; 2e édition considérablement augmentée. Prix, séparément. 7 fr.

Le tome deuxième comprend l'HISTOIRE COMPLÈTE DES RUPTURES ET DES DÉCHIRURES DE LA MATRICE, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE. Prix séparément. 7 fr.

Précis pratique et raisonné du Diagnostic,

Contenant l'inspection, la mensuration, la palpation, la dépression, la percussion, l'auscultation, l'odoration, la gustation, les réactifs chimiques, l'interrogation des malades, la description des maladies de la peau, de la bouche, de la gorge, des parties génitales; des altérations du sang, des affections du système nerveux, de l'appareil circulatoire, respiratoire, digestif, urinaire, etc.;

PAR M. A. RACIBORSKI,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Un fort vol. grand in-18 de 970 pages, 1837. 7 fr.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PHYSIQUE

GÉNÉRALE ET MÉDICALE,

PAR P. PELLETAN,

Professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris; 3e édition; revue, corrigée et augmentée. Paris, 1838; 2 vol. in-8 avec fig. 14 fr.

Du Procédé opératoire à suivre dans l'exploration des Organes

PAR LA PERCUSSION MÉDIATE,

Accompagné de mémoires sur la circulation, les pertes de sang, le sérum du sang, la respiration, l'asphyxie, la strangulation, la submersion, la langue considérée sous le rapport du diagnostic, l'abstinence, la migraine, etc., etc.;

PAR P. A. PIORRY,

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, etc. Paris, 1835, 1 fort vol. in-8. 6 fr.

